



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Colaboradores na elaboração:

Enfª Aline Biondo Alcantara – UBS/SMSA
Enfª Aila Graziela Pereira Alves – ESF/SMSA
Enfº Denival Carlos da Silva – ESF/SMSA
Enfª Gracilene P. Brandão – Coordenação UBS/ SMSA
Enfª Janayna Aparecida Martines – ESF/SMSA
Enfª Mariana Goering - Atenção Básica/SMSA
Enfª Rita de Cássia L. D. de Oliveira – UBS/SMSA

Colaboradores nas correções e validações:

Enfª Angelita Borba – UBS/SMSA
Enfª Cláudia Silva Gonçalves – ESF/SMSA
Enfª Daniela Cristina Bertholino – ESF/SMSA
Enfª Márcia Patrícia C. Simines– ESF/SMSA
Enfº Marcos Abelbeck de Oliveira – VISA/SMSA

Coordenadoras da Atenção Básica:

Cristiane Silvério – SMSA
Camila Delchiaro – Departamento de Atenção Básica/SMSA

Secretário Municipal da Saúde de Assis

Adriano Romagnoli

Atualizado em Dezembro/2019

Assis (SP)



NOME DA UNIDADE DE SAÚDE (UBS/ESF):

CNES:

APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA DA EQUIPE

Data://

2

Nome completo	Função	CPF / Conselho de classe	Assinatura

OBS.: apresentação e ciência para todos da Equipe de Enfermagem.

(assinatura)

NOME

Enfermeiro responsável da Unidade de Saúde X

COREN-SP 000.000



SUMÁRIO

Introdução	5
Anotação de enfermagem	6
Aferição da pressão arterial	8
Aferição da glicemia capilar	10
Administração de medicamento via oral	12
Administração de medicamento via subcutânea	13
Administração de medicamento via intramuscular	15
Administração de medicamento via endovenosa	18
Administração de medicamento via intradérmica	21
Administração de medicamento via ocular	23
Procedimento operacional padrão aspiração de traqueostomia	25
Curativo de traqueostomia e troca de cadarço	27
Coleta de exame citopatológico cérvico vaginal	36
Colposcopia	39
Coleta de exame de escarro (BK)	42
Coleta de secreção nasofaríngea	44
Coleta de sorologia e outros exames	46
Curativo	49
Higiene e lavagem das mãos	52
Inaloterapia	58
Medida da estatura	60
Medida do perímetro cefálico	62
Medida do perímetro torácico	64
Medida do peso corporal	65
Prova do laço	67
Sondagem nasogástrica	68
Teste do pezinho (PKU)	71
Teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C	79
Troca de bolsa de estoma	81
Verificação da frequência cardíaca	83
Verificação da frequência respiratória	86
Verificação da temperatura corpórea	89
Atenção básica: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS)	91
Acolhimento	98
Acolhimento com classificação de risco	100
Cadastro e organização de prontuários	102
Transferência de prontuários	104
Atendimento em grupo	106
Visita domiciliar	108
Orientações básicas de higiene aos profissionais de saúde	110



Precaução padrão e uso de EPI	111
Utilização de luva de látex	112
Utilização de luva estéril	114
Utilização de luva de nitrila	116
Limpeza da unidade	118
Técnica de varredura úmida	126
Limpeza concorrente	128
Limpeza terminal	130
Técnica de limpeza de tetos e paredes	131
Técnica de limpeza de janelas e portas	133
Técnica de limpeza e desinfecção de bebedouro	135
Técnica de limpeza de sanitários	137
Desinfecção de matéria orgânica	140
Técnica de limpeza e desinfecção de superfícies	141
Limpeza de equipamentos, desinfecção e esterilização	142
Esterilização	147
Indicador biológico	149
Cuidados no armazenamento e utilização dos materiais e produtos de limpeza	151
Acondicionamento de resíduos	153
Recolhimento, coleta e transporte de resíduos	155
Manutenção e limpeza do ar condicionado	157
Dedetização e desratização	158
Solicitação mensal de material e medicação	159



INTRODUÇÃO

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma descrição detalhada e simples de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade.

Tendo em vista as divergências das ações e dos serviços prestados pelos profissionais nos setores de Atenção Básica do Município de Assis (SP) e a necessidade de se garantir a qualidade e segurança dessas ações e serviços, foram elaborados os Protocolos Operacionais Padrão com o objetivo de manter o processo de trabalho e técnicas em funcionamento, através da padronização e minimização de ocorrência de desvios na execução da atividade além de, facilitar o planejamento e a execução do trabalho dos profissionais que compõe o serviço.

Os POPs possuem informações para que os colaboradores possam utilizá-lo como guia, assim como, em caso de dúvidas tenham onde buscar mais informações ou a quem recorrer.

Os Procedimentos deverão ser sistematicamente revisados pelos enfermeiros das unidades de Saúde da Atenção Básica (UBS e ESF), de forma a garantir a atualização e adequação de seus processos e disponibilizados a toda equipe de enfermagem da Atenção Básica.

As Normas e Rotinas estão relacionados ao processo de trabalho e as normas a serem seguidas em cada unidade de saúde.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 01	PÁGINA: 1/2
	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Diariamente.			
Execução: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.			
Definição: Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.			
Objetivo: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade do cuidado.			
Contraindicação: Não há contraindicação para realização deste procedimento.			
Materiais: Prontuário Eletrônico ESUS, na falta do mesmo prontuário tradicional. Computador com internet e acesso aos ESUS, Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta; Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).			
Procedimento: Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem).			
Observações Importantes: <ul style="list-style-type: none">• Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;• Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação; Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura; Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;• O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página.• Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).• A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;• Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;• Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.• O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;• Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;• Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;• O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos.			



Referência:

1. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013.
2. SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. Anotações de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-deenfermagem-coren-sp.pdf>>. Último acesso: 27.11.2015. São Paulo, 2009.
3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.
4. SANTOS, V. E. P. e VIANA, D. L. Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem, 3º ed. Editora Yendis. São Caetano do Sul (SP), 2008.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 02	PÁGINA: 1/2
	AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Definição: Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.			
Objetivos: Detectar precocemente desvios de normalidade; Indicar variações individuais de níveis pressóricos.			
Contraindicação: Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.			
Materiais: Esfigmomanômetro -> manguito de tamanho adequado ao braço do usuário - com aferidor. Este não deve passar de 2/3 da circunferência do braço; Estetoscópio; Algodão e Álcool a 70%; Material para anotação.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Recomendações;2. Cuidados antes de iniciar o procedimento;3. Repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo;4. Esvaziar a bexiga;5. Não praticou exercício há pelo menos 60 minutos antes da aferição;6. Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição;7. Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição;8. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.9. Reunir o material;10. Higienizar as mãos;11. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;12. Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;13. Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;14. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;			



15. Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisa estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
16. Desinsuflar o manguito rapidamente;
17. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa);
18. Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
19. Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
20. Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
21. Desinsuflar totalmente o manguito;
22. Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
23. Retirar o manguito do braço do paciente;
24. Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
25. Higienizar as mãos;
26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP;
27. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico – ESUS;
28. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Pressão arterial inicial (mmHg)		Classificação	Seguimento
Sistólica	Diastólica		
<120	<80	Ótima	
< 130	< 85	Normal	Reavaliar em 1 ano
130 - 139	85 - 89	Limítrofe	Reavaliar em 6 meses
140 - 159	90 - 99	Hipertensão estágio 1	Confirmar em 2 meses
160 - 179	100 - 109	Hipertensão estágio 2	Confirmar em 1 mês
≥ 180	≥ 110	Hipertensão estágio 3	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

Fonte: (SBC;SBH;SBN,2010)

Referência:

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. POTTER, P.A. & PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem, p.729, 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 03	PÁGINA: 1/2
	AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	REVISÃO: 07/06/2022	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Equipe de Enfermagem.

Definição: Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.

Objetivo: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital, verificada em aparelhos próprios para esse fim.

Contraindicação: Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

Materiais:

1. Bandeja;
2. Algodão;
3. Álcool a 70%;
4. Luvas de procedimento;
5. Lanceta;
6. Glicômetro;
7. Fitas reagentes.

Procedimento:

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- Verificar a compatibilidade entre o número do “chip”/código com o número do lote da fita utilizada antes de iniciar o procedimento;
- Higienizar as mãos (POP 22);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar.
- Realizar antisepsia com algodão embebido no álcool a 70% em caso de sujidades e esperar secar completamente
- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- Comprimir o local com algodão seco;



- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- Desprezar lanceta em caixa de perfuro-cortante.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados: lixo contaminado “lixo branco” e lixo comum “lixo preto”;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário (POP 01);
- Registrar no e-SUS.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Observação

Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;

Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada. Verificar a validade das fitas;

Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;

Cumprir rodízio dos locais de punção;

Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo (SP), 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Medico- Cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 04	PÁGINA: 1/1
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada, de ação sistêmica lenta ou quando outras vias não são indicadas.			
Definição: Os medicamentos administrados por via oral são engolidos da mesma forma que os alimentos, para que as substâncias neles presentes, à semelhança do que acontece com os nutrientes, passem para o tubo digestivo e sejam absorvidas através da mucosa gástrica e, sobretudo, do intestino, de modo a chegarem à circulação.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Terapia medicamentosa prescrita;2. Copo descartável para medicações;3. Água;4. Bandeja.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário;2. Higienizar as mãos;3. Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;4. Colocar o medicamento no copo descartável sem toca-lo. Usar seringa ou medidor para medicamentos líquidos;5. Oferecer a medicação ao cliente em uma bandeja;6. Oferecer água para ajudar na deglutição;7. Permanecer ao lado do usuário até que este degluta todo o medicamento;8. Higienizar as mãos (POP 22);9. Registrar o procedimento em prontuário (POP 01).			
Referências Bibliográficas: <ol style="list-style-type: none">1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.3. AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 05	PÁGINA: 1/2
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO SUBCUTÂNEA		
REVISÃO: 07/06/2022			
Responsável: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.			
Definição: A medicação é introduzida na região subcutânea, ou seja, no tecido subcutâneo ou hipoderme e possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. É utilizada para administração de vacinas, como por exemplo, a antirrábica e Sarampo Caxumba e Rubéola, anticoagulantes como heparina e também para insulina. A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes, em um volume máximo de 1,5 ml, que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua, como é o caso das vacinas contra o sarampo, a tríplice viral, a febre amarela e a rubéola.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Terapia medicamentosa prescrita;2. Medicamento;3. Luva de procedimento;4. Agulha;5. Seringa;6. Algodão embebido em álcool 70%;7. Algodão seco;8. Bandeja.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário;2. Higienizar as mãos;3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja;5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;6. Calçar as luvas;7. Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltoide ou vasto lateral);8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e minimizando a dor;9. Fazer antisepsia de local com algodão embebido em álcool 70%;			



10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele;
11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único;
14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase;
15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante;
16. Retirar luvas;
17. Higienizar as mãos;
18. Anotar no prontuário o procedimento, as observações e intercorrências.

OBSERVAÇÕES:

1. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
2. Locais de aplicação:
 - Região deltoide no terço proximal;
 - Face superior externa do braço;
 - Face anterior da coxa;
 - Face anterior do antebraço.

Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
3. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 06	PÁGINA: 1/3
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR	REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro.

Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica moderada ou quando outras vias não são indicadas.

Definição: Na via intramuscular a medicação é introduzida dentro do tecido muscular. Essa via é muito utilizada porque possui uma rápida absorção. A musculatura deve ser bem desenvolvida, pois assim teremos mais facilidade de acesso, não há risco de atingir vasos de grande calibre e a inervação não é superficial.

É uma via apropriada para a administração de soluções irritantes, como por exemplo, soluções aquosas ou oleosas em volumes superiores a 1,5 ml até, no máximo, 5 ml. A escolha da injeção intramuscular também é feita quando há necessidade de o produto ser absorvido rapidamente, ou quando é preciso obter efeitos mais imediatos.

Condições necessárias:

Terapia medicamentosa prescrita;
Medicamento;
Luva de procedimento;
Agulha;
Seringa;
Algodão embebido em álcool 70%;
Algodão seco;
Bandeja.

Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e horário;
2. Higienizar as mãos;
3. Ler o rótulo da dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
4. Preparar o medicamento e os materiais necessários na bandeja;
5. Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;
6. Calçar as luvas;
7. Escolher o local para administração do medicamento (glúteo, deltoide ou vasto lateral);
8. Posicionar o cliente de modo que auxilie no relaxamento do músculo, evitando o extravasamento e



minimizando a dor;

9. Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%;
10. Introduzir a agulha num ângulo de 90° a pele;
11. Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento no músculo, para certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
12. Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo;
13. Retirar o conjunto agulha e seringa em movimento único;
14. Utilizar bola de algodão para tamponar, evitando que o medicamento extravase;
15. Descartar seringa/agulha em recipientes perfuro-cortante;
16. Retirar luvas;
17. Higienizar as mãos;
18. Anotar no prontuário do cliente o procedimento, as observações e intercorrências e ESUS.

OBSERVAÇÕES:

A. Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

Dorso glúteo (DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ílica pósterio-superior até o trocânter do fêmur;
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação;
5. Ventroglútea (VG);
6. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;
7. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
8. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ílica ântero-superior direita;
9. Estender o dedo médio ao longo da crista ílica;
10. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;



11. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para lactantes e crianças acima de um mês e adultos.

Deltoide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
- Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

B. Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica;
- Deltoide – ângulo 90°;
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca;
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

C. Escolha correta da agulha:

- Faixa etária, via, solução (aquosa, oleosa ou suspensão) ADULTO: 25 x 6/7, 30 x 6/7, 30 x 8, 25 x 8, 30 x 8, 30 x 8;
- CRIANÇA: 20 x 6, 25 x 6/7, 30 x 8, 20 x 6, 25 x 8, 30 x 8.

Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.
3. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 07	PÁGINA: 1/3
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ENDOVENOSA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro sendo necessária a presença de um médico na unidade.			
Objetivo: <ol style="list-style-type: none">1. Permitir absorção rápida do medicamento;2. Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;3. Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;4. Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico.			
Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.			
Material: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Luva de procedimento;3. Algodão;4. Garrote;5. Etiqueta para identificar o medicamento;6. Seringa descartável com dispositivo de segurança;7. Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;8. Medicamento/solução prescrita;9. Solução prescrita para diluição do medicamento;10. Equipos micro ou macrogotas (se necessário);11. Cateter intravenoso periférico – Abocath ou dispositivo de infusão intravenoso – Scalp com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;12. Esparadrapo ou micropore.			
Descrição do procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;2. Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;3. Conferir o prescritor (nome e nº registro no órgão de classe) e a instituição procedente;4. Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram			



- armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras questões;
5. Reunir o material;
 6. Higienizar as mãos (POP 22);
 7. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
 8. Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;
 9. Calçar luvas de procedimento;
 10. Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
 11. Realizar antisepsia da pele;
 12. Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
 13. Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com Scalp:

1. Realizar a punção com o bisel do scalp voltado para cima;
2. Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
3. Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
4. Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (Abocath):

1. Realizar a punção com o bisel do Abocath voltado para cima;
2. Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
3. Soltar o garrote;
4. Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
5. Fixar o dispositivo com micropore ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso;
6. Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamente o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas.

Após a finalização da administração medicamentosa:

1. Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
2. Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
3. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
4. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;



5. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000;
6. Registrar o procedimento em planilha de produção;
7. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Referências Bibliográficas:

1. NÉRI, E.D.R., *et al.* Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.
2. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos, 2010.
3. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 08	PÁGINA: 1/2
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADERMICA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Administrar testes e vacinas pela via Intradermica.			
Definição: Essa é uma via muito restrita usada para pequenos volumes, sendo a solução introduzida na camada superficial da pele, chamada derme. A via Intradermica é uma via de absorção muito lenta.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja.2. Medicamento.3. Recipiente de material perfuro-cortante.4. Bolas de algodão ou gazes.5. Seringa 1ml.6. Agulha 13X4, 5mm.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos.2. Verificar prescrição.3. Explicar o procedimento ao cliente ou familiares.4. Escolher o local de aplicação preferencialmente no antebraço 3 a 4 dedos da fossa anticubital e 5 dedos acima do punho, que não seja pigmentado ou tenha muitos pelos.5. Apoiar o braço sobre superfície plana.6. Verificar se o local escolhido está limpo.7. Proceder à limpeza com soro fisiológico.8. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios de assepsia.9. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola.10. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto.11. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção.12. Colocar a agulha formando com a pele um ângulo de 15°.13. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de uma bolha.14. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção.15. Não reencapar a agulha.16. Descartar a seringa na caixa de perfuro cortante.17. Permanecer com o paciente e observar reação alérgica.			



18. Higienizar as mãos.

19. Anotar o procedimento e observações no prontuário e-SUS do cliente.

Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 09	PÁGINA: 1/2
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA OCULAR	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Obter uma resposta farmacológica adequada através da via indicada.			
Definição: Os medicamentos de uso oftálmico ou ocular podem ser usados para fins diagnósticos ou terapêuticos e se apresentam sob a forma de pomada ou colírio. Alguns tipos de medicamentos estão inseridos dentro de um disco, que deverá ser introduzido no olho para absorção do medicamento.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja S/N.2. Medicamento.3. Luva de procedimento.4. Gaze estéril.5. SF 0,9% 10 ml.			
Descrição do procedimento: GOTA <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Colocar luvas de procedimento;3. Pedir ao cliente para deitar em decúbito dorsal ou sentar-se em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida;4. Limpar as pálpebras do cliente com gaze embebida em SF0,9% (canto interno para o externo);5. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;6. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do cliente, segure o frasco da solução oftalmológica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;7. Expor o saco conjuntivo inferior e segurar a pálpebra superior bem aberta com a mão não dominante, solicitar ao cliente para olhar para o teto;8. Instilar a medicação;9. Oferecer gaze ao cliente para limpar o excesso;10. Higienizar as mãos.11. Registrar o procedimento e observações no prontuário do cliente.			



POMADA

1. Segure o aplicador acima da pálpebra inferior, aplique uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;
2. Peça ao cliente para que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado.
3. Desprezar materiais utilizados, observando especificidade de cada um.
4. Higienizar as mãos.
5. Registrar o procedimento e observações no prontuário e-SUS.

Referências Bibliográficas:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
2. FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. Tratado prático de enfermagem. Yedis Editora. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul, 2008.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 10	PÁGINA: 1/2
	ASPIRAÇÃO DE TRAQEOSTOMIA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Retirar secreções do trato respiratório; promover a permeabilidade das vias aéreas; prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias; aumentar a eficácia respiratória.			
Definição: Técnica de aspiração traqueal consiste na remoção de secreções das vias aéreas superiores (naso e orofaringe) com a utilização de um cateter. A aspiração traqueal é realizada com objetivo de manter as vias aéreas do paciente, intubado ou traqueostomizado, permeáveis e livres de secreções.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Lavar as mãos;2. Observar o cliente avaliando necessidade de aspiração;3. Preparar o material;4. Solicitar o auxílio para realização do procedimento;5. Interromper temporariamente a dieta.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança);3. Compressa gaze estéril;4. Pares de luvas estéreis;5. Pares de luvas procedimento;6. Solução fisiológica 10 ml;7. Aspirador;8. Frasco de aspiração;9. Máscara cirúrgica;10. Óculos de proteção lateral.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienize as mãos;2. Reúna o material na bandeja;3. Explique o procedimento ao paciente;			



4. Coloque o paciente em posição de Semi-Fowler;
5. Conecte o aspirador ao frasco coletor;
6. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante;
7. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
8. Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até encontrar resistência ou ocorrer tosse por estimulação;
9. Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção;
10. Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10s;
11. Retirar as luvas;
12. Lavar as mãos;
13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000);
14. Registrar o procedimento no prontuário e e-SUS.

Referências Bibliográficas:

1. SANTOS F.N.Q. A Influência da Aspiração Endotraqueal Sobre a Pressão Intracraniana no Traumatismo Cranio - Encefalico Grave. Rio de Janeiro, 2008.
2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília/ DF, 2012.
3. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 11	PÁGINA: 1/2
	CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA E TROCA DE CADARÇO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivos: Proteger de forma asséptica o ostoma da Traqueostomia para prevenção de contaminação.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Pacote de curativo estéril contendo as pinças dente de rato, anatômica e de Kelly;2. Gazes estéreis;3. Tira de cadarço de aproximadamente 40 cm ou fita com fecho de contato (Velcro) apropriado;4. Soro Fisiológico 0,9%;5. Lâmina de Bisturi;6. Cuba rim;7. Um par de Luvas estéreis;8. EPIs;9. Saco de lixo impermeável.			
Descrição do Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Explicar o procedimento ao cliente;2. Colocar o cliente em decúbito elevado no mínimo em 45°, proteger o tórax e a maca com forro. Se for feito em domicílio, proteger a cama;3. Colocar máscara e os óculos;4. Higienizar as mãos;5. Abrir pacote de curativo, colocar as pinças com cabos voltados para a borda e gazes em quantidade suficiente no campo estéril;6. Remover o curativo anterior com o auxílio da pinça dente de rato, e descartar no saco;7. Montar gaze na pinça Kelly com auxílio da pinça anatômica. Umedecer a gaze com o soro fisiológico 0,9%;8. Limpar ao redor e por baixo da parte externa da cânula. Com outra gaze úmida, limpar ao redor da ostomia. Secar a área com gaze seca;9. Dobrar duas gazes ao meio e colocá-las ao redor do estoma, protegendo o pescoço do contato com a cânula;10. Trocar o cadarço, amarrando-o na lateral do pescoço. Segurar a cânula durante este procedimento;11. Retirar o forro do tórax do cliente;			



12. Lavar as mãos;
13. Anotar a troca de curativo e os aspectos do estoma traqueal no prontuário do cliente;
14. Orientar os familiares quanto à técnica de troca de curativo da traqueostomia para eles darem continuidade no domicílio.

Referências Bibliográficas:

1. ZUNIGA, Q.G.P., Ventilação Mecânica Básica para Enfermagem. São Paulo, Atheneu, 2003.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS/SP	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 12	PÁGINA: 1/3
	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.			
Definição: É a introdução de uma sonda estéril através da uretra até a bexiga, com a finalidade de drenar a urina. Deve-se utilizar técnica asséptica no procedimento a fim de evitar uma infecção urinária no cliente.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze);3. Sonda uretral estéril de calibre compatível (uma via);4. Solução antisséptica (PVPI tópico) e ou clorexidina degermante em caso de indicação;5. Luva estéril;6. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel);7. Saco plástico para lixo.			
Material para higiene externa pré-sondagem: <ol style="list-style-type: none">1. Sabão líquido;2. Recipiente com água morna;3. Toalha;4. Luvas de procedimento e luvas de banho.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Reunir o material;3. Explicar ao usuário o procedimento;4. Preservar a privacidade do usuário, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário);6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos			



- genitais;
7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos;
 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril;
 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;
 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica;
 11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
 12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
 13. Assepsia do meato uretral:

A – SEXO FEMININO

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente
4. para os resíduos em local acessível.
5. Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal, com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
6. Calçar as luvas estéreis.
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
8. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
9. Evitar contaminar a superfície da sonda.
10. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
11. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
12. Secar a área, tornar o paciente confortável.

B – SEXO MASCULINO

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar
9. Registrar procedimento em planilha de produção.
10. Manter ambiente de trabalho em ordem.



INTRODUÇÃO DA Sonda

A – FEMININA

- a) Pedir à usuária que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato retal;
- b) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm.

B - MASCULINO

- a) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
- b) Pedir ao usuário que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário.
- c) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm.

OBSERVAÇÃO:

- ✓ Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- ✓ Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese;
- ✓ Após a saída completa da diurese, clampar o cateter com a pinça e removê-lo da uretra.
- ✓ Desprezar todo material;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Anotar no prontuário e-SUS o procedimento, a quantidade de diurese eliminada e observações.

Referências

1. APECIH. Prevenção de Infecção do Trato Urinário. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
3. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 13	PÁGINA: 1/4
	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze);3. Sonda Vesical Folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias);4. Solução antisséptica (PVPI tópico);5. Bolsa coletora (sistema fechado);6. Esparadrapo e micropore;7. Luva estéril;8. Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaína gel);9. Saco plástico para lixo;10. Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Reunir o material;3. Explicar ao usuário o procedimento;4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade;5. Colocar o usuário em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário)6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do usuário, próximo aos genitais7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas, mantendo os princípios assépticos8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;			



10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica.
11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml
12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
13. Assepsia do meato uretral:

A – SEXO FEMININO

- a) Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distante de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão;
- b) Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- c) Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;
- d) Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;
- e) E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que deve-se usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

B – SEXO MASCULINO

- a) Quando o usuário não é circuncidado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glândula. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b) Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes;
- c) Colocar a pinça sobre o campo;
- d) Colocar o campo fenestrado com a mão dominante;
- e) Manter a mão não dominante na genitália;
- f) Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim;
- g) Aplicar xilocaína ou soro fisiológico na ponta da sonda;
- h) Avisar ao cliente sobre a introdução da sonda, e pedir para ele relaxar a musculatura do quadril.

INTRODUÇÃO DA SONDA:

A – FEMININA

- a) Pedir à usuária que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
- b) Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Não forçar em caso de resistência.
- c) Liberar os grandes lábios e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante. Insuflar o balão.



B – MASCULINO

- a) Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
- b) Pedir ao usuário que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário.
- c) Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda, quando a urina aparecer, a partir daí avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Em caso de resistência não forçar.
- d) Abaixar o pênis e segurar firmemente a sonda com a mão não dominante. Insuflar o balonete e reduzir o prepúcio.

APÓS A INTODUZIR SONDA:

1. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora;
2. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas;
3. Fixando a sonda:

A – FEMININA

- a) Fixar a sonda na parte interna da coxa com micropore, para proteger a pele, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.

B – MASCULINA

- a) Fixar a sonda no ápice da coxa ou na parte inferior do abdome, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.
4. Desprezar se necessário, o volume urinário retido na bolsa coletora.
5. Higienizar as mãos.
6. Anotar no prontuário do cliente o procedimento e marcar o retorno para trocar a sonda.

OBSERVAÇÃO:

- ✓ Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar - publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização”
- ✓ Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca. (20 dias)
- ✓ Não há evidência definitiva na literatura sobre intervalo ótimo para troca da sonda vesical de demora (via uretral ou via supra púbica) nos pacientes que necessitam do uso da sonda por longo período. Por essa razão, não há recomendação para a troca com intervalo fixo. Entretanto a troca pode ser realizada nas seguintes situações:
- ✓ Quando indicado por alterações clínicas do paciente, como nos episódios de infecção, drenagem inadequada ou incrustações.
- ✓ Se o paciente tem um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento de infecção ou



de obstrução da sonda, especialmente quando a obstrução é causada por incrustações. Nesses casos, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas.

- ✓ Conforme indicado pelo fabricante da sonda (geralmente a cada 12 semanas).

Referências:

1. APECIH. Prevenção de Infecção do Trato Urinário. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2009.
2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema de Perguntas e Respostas. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/index.asp?Secao=Usuario&usersecoes=30&userassunto=52>
3. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
4. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.
5. GENG, V. et al. Catheterisation Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. Arnhem: European Association of Urology Nurses, 2012. Disponível em:
<<http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>>. Acesso em: 18 jan. 2018.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 14	PÁGINA 1/5
	COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro e Médico.			
Quando: Conforme a agenda ou quando necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Rastreamento de avaliação ginecológica das mulheres em idade fértil.			
Definição: O teste de Papanicolau é um exame ginecológico de citologia cervical realizado como prevenção ao câncer do colo do útero.			
Condições necessárias: <ol style="list-style-type: none">1. Espéculo (tamanho pequeno, médio e grande);2. Lâmina com uma extremidade fosca;3. Espátula de Ayres;4. Escova cervical;5. Par de luvas para procedimento;6. Formulário de requisição do exame;7. Lápis n.º 2 (para identificação da lâmina);8. Máscara cirúrgica e óculos de proteção;9. Fixador apropriado;10. Recipiente para acondicionamento das lâminas;11. Lençol para cobrir a usuária;12. Avental;13. Foco de Luz.			
Descrição do procedimento:			
Orientações para a mulher antes da coleta do exame: <ul style="list-style-type: none">- Não estar menstruada. Preferencialmente, aguardar o 5º dia após o término de menstruação. A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para a coleta, principalmente nas mulheres na pós-menopausa.- Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames endovaginal (ultrassonografia) pôr 2 dias antes do exame.- Preferencialmente: não manter relações sexuais 48 horas antes da coleta. É impossível realizar análise de amostra que contenha grande quantidade de sangue ou esteja contaminada por creme vaginal, vaselina e outros.			



❖ ANTES DE INICIAR A COLETA – REALIZAR ANAMNESE

1. Verificar primeiramente se a paciente é Virgem, caso seja virgem, encaminhar para avaliação do profissional médico;
2. Caso já tenha iniciado vida sexual, perguntar se está grávida ou suspeita estar. Caso afirmativo não colher material endocervical;
3. Identificar a lâmina, na extremidade fosca, com lápis n.º 2, com as iniciais do nome da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde. Identificar o frasco que vai acondicionar a lâmina com o nome completo da mulher, data de nascimento, data da coleta e estabelecimento de saúde;
4. Preencher o formulário completo, com letra legível e sem rasura;
5. Realizar a Consulta de Enfermagem.

❖ COLETA:

1. Crie um ambiente acolhedor, comportar-se com cortesia e respeitar a privacidade da mulher;
2. Orientar a cliente sobre o desenvolvimento do exame, procurando deixá-la menos ansiosa;
3. Solicite à cliente que esvazie a bexiga e em seguida que ela retire a parte inferior da roupa, dando-lhe o avental ou um lençol para que se cubra, indicando o banheiro ou outro local reservado;
4. Solicite que ela deite na mesa, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame;
5. Cubra-a com o lençol;
6. Inicie a primeira fase do exame, expondo somente a região a ser examinada, verificando:
 - A. VULVA - se há lesões esbranquiçadas ou hiperocrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas;
 - B. A VAGINA - o aspecto, a existência de lesões, pólipos, verrugas e corrimentos.

❖ COLOCAÇÃO DO ESPÉCULO:

- a) Escolha o espéculo mais adequado ao tamanho da vagina da paciente. A dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do espéculo. O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal) ou muitos jovens, menopausadas e em mulheres muito magras. O espéculo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres multíparas e para as obesas. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- b) Introduza o espéculo, procedendo da seguinte forma:
 - Não lubrifique o espéculo com soro fisiológico 09% ou gel base de água;
 - No caso de pessoas idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico ou solução salina;
 - Introduza-o em posição vertical e ligeiramente inclinado;
 - Iniciada a introdução faça uma rotação de 90.º, deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
 - Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza. Se houver dificuldade para visualizar o colo, sugira que a cliente tussa, não surtindo efeito tente manobra de manipulação delicada com os dedos para afastar a parede vaginal;
 - Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente



com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.

❖ COLETA DA ECTOCÉRVICE:

- a) Utilize a espátula de madeira tipo Ayres, do lado que apresenta reentrância;
- b) Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360.º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação;
- c) Estenda o material ectocervical na lâmina dispendo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.

❖ COLETA DO CANAL CERVICAL:

- a) Utilize a escova de coleta endocervical.
- b) Recolha o material introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360.º.
- c) Ocupando 1/3 restante da lâmina, estenda o material rolando a escova de cima para baixo.

❖ FIXAÇÃO DO MATERIAL:

1. A fixação do esfregaço deve ser procedida imediatamente após a coleta, sem nenhuma espera;
2. Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm;
3. Colocar a lâmina dentro do seu recipiente.

❖ APÓS FIXAÇÃO DO MATERIAL:

1. Retirar o espéculo suavemente;
2. Colocar a mulher em posição confortável e pedir para se trocar;
3. Retirar as luvas e lavar as mãos;
4. Anotar o procedimento, a inspeção clínica e as intervenções no prontuário da cliente;
5. Orientá-la quanto ao tempo que levará para a chegada do resultado do exame.

Referências:

1. LABPAC. Anatomia Patológica e Citopatologia. Manual de Coleta de Citologia Cervico Vaginal. Disponível em: http://www.labpac.com.br/labpac/var/arquivos/docs/MANUAL_DE_COLETA.pdf
2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
3. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 15	PÁGINA: 1/3
	COLPOSCOPIA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Equipe de Ginecologia UBS Vila Operária.			
Executor: Médico Ginecologista Colposcopista com auxiliar de enfermagem como circulante de sala.			
Quando: Diariamente exceto as sextas feiras.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro da UBS Vila Operária.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.			
Conceito/Definição: Colposcopia é um exame solicitado quando o preventivo mostra alguma alteração e o seu objetivo é esclarecer se realmente existe alguma lesão.			
<ul style="list-style-type: none">• Indicação para realização de Colposcopia:<ul style="list-style-type: none">• Este exame é indicado após se detectar alteração em resultado do Papanicolaou, o objetivo é esclarecer que alteração é esta, onde está localizada, sua extensão e sua natureza, se benigna, pré-maligna. Como normalmente estas lesões são muito pequenas, não são visíveis a olho nu e precisam ser analisadas de aumento ótico, ou seja, o colposcopia.• Causas de anormalidade do preventivo:<ul style="list-style-type: none">• Na maioria das vezes, as alterações do exame preventivo, também conhecido com “exame de lâmina” ou exame de Papanicolaou, são de natureza inflamatória ou infecciosa e podem ser avaliados durante o exame ginecológico comum;• Em algumas mulheres, porém. O preventivo pode detectar uma lesão relacionada ao Papilomavírus humanos (HPV). Estas lesões são atualmente divididas entre “lesões de baixo grau” (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions – LSIL ou SIL I; Neoplasia Intraepitelial Grau I – NIC I; Infecção pelo HPV; Displasia Leve) e “lesões de alto grau” (High Grade Squamous Intraepithelial Lesions – HSIL ou SIL II; Neoplasia Intraepitelial Grau II; – NIC II; Neoplasia Intraepitelial Grau III – NIC III; Displasia Moderada/ Acentuada/ Carcinoma in situ). As lesões de baixo grau são muito frequentes e normalmente não oferecem maiores riscos, tendendo ao desaparecimento mesmo sem tratamento na maioria das mulheres. Já o de alto risco relevante de progredirem na direção do câncer do colo de útero de causas não tratadas• Outros diagnósticos possíveis são ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance), AGCUS (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance) e câncer. Os dois primeiros são utilizados quando são percebidas anormalidades, mas que não são suficientes para conclusão de que realmente existe doença. A última é uma sugestão de que existe uma doença maligna no colo uterino;• Nenhum destes diagnósticos do preventivo são definitivos e a conclusão quanto á existência ou não de doença pré-malignas ou malignas é feita em exame de parte de tecido retirado na área doente visível pela colposcopia (biópsia).			



- **Conceito de Colposcopia:**
 - A colposcopia é um exame no qual examinamos a vulva (a parte externa da vagina), a vagina e colo uterino. Basicamente é idêntico ao exame ginecológico, no qual utilizamos também um especulo vaginal (também conhecido como bico-de-pato) para ver o interior da vagina e do colo uterino. Na colposcopia, ao invés de examinarmos estes órgãos a olho nu, utilizamos um aparelho chamado colposcopia. Ele funciona como um microscópio e não entra em contato ou é colocado dentro do paciente. O médico olha através dele, a cerca de 30 cm da superfície esta sendo examinada. Durante o exame, são pincelados líquidos reagentes, que revelam as alterações destas superfícies e, em nossa clínica.

- **Encaminhamento de paciente para realização de Colposcopia:**
 - Orientar primeiro a paciente sobre a Colposcopia e a levar para realização do procedimento:
 - ✓ Cartão da prevenção;
 - ✓ Cartão SUS;
 - ✓ Requisição de solicitação médica (SADT);
 - ✓ Resultado da prevenção;
 - Orientar a paciente, que esta será colocada em posição ginecológica;
 - Quando forem colhidos exames, a paciente deverá aguardar o resultado, em aproximadamente 50 dias e após a chegada do resultado será agendado retorno pela Unidade executora (UBS VILA OPERÁRIA) que comunicará a Unidade de referência via email para avisar o paciente sobre a data do agendamento.
 - Orientar a paciente que após realizar todo o tratamento (tiver alta), ela retorne a Unidade de Saúde de origem, agendando consulta com o Ginecologista/Clínico.
 - **Observação: resultados com alterações serão realizados os agendamentos pela Unidade executora e avisados diretamente a paciente.**

- **No dia anterior:**
 - Impressão do agendamento pelo Sisreg;
 - Levantamento dos prontuários;
 - Organização da sala de exame, deixar os materiais preparados na mesa auxiliar.

- **Na data do exame:**
 - Receber a paciente;
 - Conferir documentação necessária e se trouxe o resultado da prevenção e/ou resultado de biópsia em caso de retorno;
 - Encaminhar até a sala de anamnese;
 - Acompanhar a cliente até a sala de exames;
 - Entregar camisola e encaminhá-la ao banheiro para vestir;
 - Posicioná-la em posição ginecológica e cobri-la com o lençol;
 - Auxiliar a médica, se necessário, entregando o instrumental necessário (pinças, lidocaína injetável, seringas, agulhas, gazes, lugol);



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

- Em caso de coleta de Biópsia, acondicionar em frasco com formol 10%, entregar ao Colposcopista o Albocresil (solução para conter sangramento);
- Encaminhar a paciente ao banheiro para trocar de roupa e orientar para que retorne à sala de consulta médica;
- Em Pós Consulta reforçar orientação quanto as datas de retorno e receita médica;
- Limpeza e Esterilização dos materiais, organização da sala de exames;
- Em caso de coleta de material para Biópsia, encaminhar para Laboratório de Citologia Dra Clélia contendo todos os dados pessoais de identificação (RG, CPF, CNS, DN, Nome da mãe, End. Completo, CEP e Telefone), anotar no Livro Ata da Colposcopia, fazer relação de remessa e encaminhar para Silvio, responsável pela busca das biópsias e entrega dos resultados dos mesmos, todas as quartas feiras no período da manhã;
- Se foi realizado coleta de Papanicolaou, digitar no Siscan/SISCOLO e encaminhar para o laboratório de Citologia.

Referência:

1. Caderno de Atenção Básica nº 13 Controle dos Canceres de Colo de Útero e da Mama.
2. Diretrizes de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero.
3. Regulação Secretaria Municipal de Saúde de Assis – São Paulo.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 16	PÁGINA: 1/3
	COLETA DE EXAME DE ESCARRO (BK)	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Realizar uma coleta adequada do escarro, para identificar o mais rápido possível os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.			
Definição: O BK é o exame de escarro realizado para pesquisa de Bacilo de Koch (bacilo da tuberculose).			
Observações importantes:			
<ol style="list-style-type: none">1- Deverá ser orientado quanto a coleta de duas amostras de BK (escarro) contendo 5 a 10 ml de escarro;2- Preencher a requisição de exames diagnósticos para tuberculose com todos os dados pessoais do paciente, e informações sobre diagnóstico, controle de tratamento, 1ª ou 2ª amostra;3- Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios, durante as pré-consultas médicas (uso do carimbo específico). Sempre que possível, buscar também nos demais atendimentos;4- Encaminhar preferencialmente o paciente sintomático respiratório para o acolhimento e atendimento com o enfermeiro para coleta da história clínica, explicação da coleta do exame de escarro, prevenção e acompanhamentos de Tuberculose, orientação da importância e entrega de máscara cirúrgica, para uso interno na unidade de saúde e em ambiente com aglomeração de pessoas, dentre outros;5- Todo o atendimento de saúde ao paciente deverá ser priorizado no sentido de permanência do mesmo o mínimo de tempo possível internamente na unidade de saúde, reforçando a importância do uso da máscara cirúrgica orientando ao mesmo para aguardar em local externo da unidade de saúde (ventilado);6- As coletas do exame do escarro devem ser realizadas pelo próprio paciente, em locais externos à unidade de saúde/domicílio, 1ª e segunda amostra, em dias seguidos, preferencialmente em jejum;7- Utilizar potes descartáveis, de boca larga e rosqueáveis (fornecidos VE/SMSA), identificar externamente o pote (nunca a tampa) com os dados do paciente e número da amostra;8- Quando for período de intensificação de busca ativa de sintomáticos respiratórios, deverá ser coletada uma amostra de escarro;9- Todos os pacientes sintomáticos respiratórios devem ser anotados no livro específico da unidade de saúde (azul) e comunicado ao enfermeiro;10- Após chegada do resultado, deverá ser anotado no livro específico da unidade de saúde (azul), comunicando ao enfermeiro;			



- 11- Se resultado do exame de escarro (Bk) for positivo para Tuberculose (bacilífero), convocar o paciente para início imediato do tratamento e notificações necessárias;
- 12- Após procedimento realizado com sintomático respiratório (bacilífero, diagnosticados para Tuberculose Pulmonar), deverá ser realizada a limpeza e desinfecção do ambiente;
- 13- Realizar Consulta/Processo de Enfermagem aos pacientes com Tuberculose (Enfermeiras);
- 14- Mensalmente enviar o Consolidado de Sintomático Respiratório à VE/SMSA conforme rotina;
- 15- Mensalmente preencher todos os dados da Ficha de acompanhamento dos pacientes de Tuberculose (recebida da VE/SMSA), solicitando as medicações para tratamento de TB (rotina e reserva), e encaminhar à VE/SMSA, conforme rotina;
- 16- Em todos os atendimentos realizados ao paciente sintomático respiratório e/ou em tratamento de Tuberculose, seguir as recomendações do Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde/2011e da Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2009.

Procedimento de coleta:

- 1- Orientar ao paciente para lavar as mãos e realizar higienização da cavidade oral com água;
- 2- Orientar o paciente a inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos), expirar, repetindo este ato por três vezes, tossir;
- 3- Após a tosse produtiva o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele, sem encostar os lábio no pote ou os dedos na parte interna;
- 4- Fechar o frasco rosqueando, repetir o procedimento quantas vezes for necessário até que o volume seja atingido;
- 5- Orientar quanto à importância da coleta das duas amostras e encaminhamento para a unidade de saúde;
- 6- Acondicionar os frascos em geladeira específica para materiais biológicos até o seu transporte para o laboratório;
- 7- Providenciar junto a requisição de exame tuberculose específica preenchida;
- 8- Avisar a Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA, para encaminhamento ao Laboratório de referência (HRA).

Referências:

1. BRASIL. Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 17	PÁGINA: 1/3
	COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: O objetivo do exame é para confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico.			
Coleta de Secreção Nasofaringe realizada para o diagnóstico da Coqueluche ou Influenza.			
Observações importantes: A coleta deve ser realizada antes do início da antibioticoterapia ou no máximo após 3 dias de sua instituição.			
Material necessário <ol style="list-style-type: none">1- Swab fornecido pelo Instituto Adolfo Lutz, por meio da Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA;2- Meio de cultura refrigerado também fornecido pelo Instituto Adolfo Lutz, por meio da Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA;3- Deverão ser utilizados EPI (s): máscara, gorro, avental, luvas e óculos. O enfermeiro deverá coletar com sapatos fechados;4- Etiqueta para identificação dos tubos;5- FIE e SINAN para Coqueluche, com todos os campos devidamente preenchidos.			
Procedimento de coleta: <ol style="list-style-type: none">1- Identificar o tubo com o meio de cultura para Coqueluche, com os dados do paciente;2- Introduzir o swab em uma das narinas, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe (manter em contato por aproximadamente 10 segundos);3- Retirar o swab realizando movimentos rotatórios;4- Após a coleta, estriar o swab e introduzir no interior do tubo. Deverá permanecer dentro do respectivo tubo;5- Acondicionar em caixa específica;6- Providenciar junto a requisição de SINAN para Coqueluche preenchida;7- Avisar a Vigilância Epidemiológica Municipal/SMSA, para encaminhamento ao Laboratório de referência (Instituto Adolfo Lutz);8- Após procedimento, deverá ser realizada a limpeza e desinfecção do ambiente.			



Referências:

1. Governo do Estado de São Paulo; Secretaria de Estado da Saúde; Coordenadoria de Controle de Doenças; Instituto Adolfo Lutz; Centro de Bacteriologia. Protocolo: Diagnóstico Laboratorial da Coqueluche.
2. Centro de vigilância epidemiológica de São Paulo. http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/pdf/coqueluche11_protocolo_coleta_transporte.pdf
3. Dados estatísticos. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/coque_tab.htm.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 18	PÁGINA: 1/6
	COLETA DE SOROLOGIA E OUTROS EXAMES	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Enfermeiro			
Objetivo: Confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico.			
<ul style="list-style-type: none">● Coleta de amostras sanguíneas para sorologias e outros exames diversos<ol style="list-style-type: none">1. As coletas são realizadas por profissional de saúde (auxiliar/enfermeiro), mediante preenchimento devido de impresso específico SINAN ou outro (no caso de Hemograma para Dengue a liberação da via pelo SISREG), ou apresentação destes, já realizados pela Unidade de origem.2. Orientar o paciente sobre todo o procedimento, e atentar, pois serão coletadas amostra para sorologias nos devidos prazos de início dos sintomas:<ul style="list-style-type: none">❖ <u>Dengue</u>: a partir do 6º dia do início dos sintomas e se NS1: até o 3º dia.❖ <u>Febre maculosa</u>: 02 amostras com intervalo de 15 dias.❖ <u>Leptospirose</u>: 02 amostras com intervalo de 15 dias.❖ <u>Hantavirose</u>: 01 amostra● Amostras com intervalo de 15 dias.<ul style="list-style-type: none">❖ <u>Sarampo/Caxumba/Rubéola</u>: 02 amostras sendo: 1ª coleta: até o 4º dia do início dos sintomas e a 2ª coleta: 15 dias após a 1ª;❖ <u>Rubéola</u>: (gestante que engravidaram antes de 3 meses após terem recebido vacina - coleta logo após a confirmação da gestação);❖ <u>Raiva</u>: (pré-exposição): a partir do 10º dia da administração da última dose da vacina. A avaliação deve ser repetida semestralmente ou anualmente de acordo com a intensidade ou gravidade do risco ao qual o profissional está exposto.● Orientações após a coleta:<ol style="list-style-type: none">1. Orientar o paciente sobre a retirada posteriormente dos resultados, e agendamentos de consultas médicas, no fichário;2. O procedimento deverá ser realizado com EPI;3. O procedimento deverá ser anotado na Ficha de Atendimento Básico Ambulatorial desta Unidade de Saúde.● Materiais necessários para a coleta:<ol style="list-style-type: none">1- Seringa de 10 ml;			



- 2- Agulha 25x7 ou Dispositivo para coleta intravenosa ('Escalpe') nº 21 ou 23 para adultos e nº 25 para crianças, á vácuo ou não conforme preferência;
 - 3- Adaptador para agulha (canhão);
 - 4- Algodão;
 - 5- Álcool 70%;
 - 6- Garrote;
 - 7- Luvas de procedimento;
 - 8- Tubo de ensaio seco (para hemograma) e/ou á vácuo com gel anticoagulante específico;
 - 9- Pipetas descartáveis;
 - 10- Flaconete com tampa rosqueável;
 - 11- Etiqueta para identificação;
 - 12- Refrigerador para armazenamento;
 - 13- Centrífuga;
 - 14- Grade para acondicionar tubos;
 - 15- Isopor para transporte;
 - 16- Tubos de ensaio secos com água, para contrabalanceamento com os tubos contendo o sangue coletado;
 - 17- Suporte para braço.
- **Cuidados antes e durante a coleta de sangue:**
 - 1- Antes do início da coleta os tubos deverão ser identificados constando nome do paciente e exame a ser analisado;
 - 2- Utilizar luvas de procedimentos durante todo o processo de coleta de sangue e até o preparo da amostra;
 - 3- O Sistema de coleta de sangue á vácuo/Vacutainer (agulha e adaptador) deve ser seguro pelo indicador esquerdo, entre o adaptador e o braço do paciente para que se ele movimentar o braço o dedo indicador e o sistema de coleta também se movimentarão. Assim, o ponto de perfuração da agulha não será alterado;
 - 4- Com o tubo de coleta de sangue dentro do adaptador, pressione-o com o polegar, como se estivesse aplicando uma injeção;
 - 5- Tão logo o sangue flua para dentro do tubo coletor, o garrote pode ser retirado, porém, se a veia for muito fina, o garrote deverá ser mantido, devendo o paciente simplesmente abrir a mão;
 - 6- Ao retirar o tubo do adaptador com os dedos indicador e polegar, deve-se fazer uma contrapressão no adaptador para prevenir mudanças na posição da agulha e facilitar a remoção do tubo;
 - 7- Sempre que possível, a mão que estiver puncionando deverá controlar o Sistema á vácuo/Vacutainer, pois durante a coleta, a mudança de mão poderá provocar alteração indevida na posição da agulha.
 - **Cuidados após a coleta de sangue:**
 - 1- Pressionar o local da punção com uma mecha de algodão por cerca de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente tiver em condições de fazê-lo,



orientar para realizar até que o orifício da punção pare de sangrar, mantendo o braço posição horizontal, sem dobrá-lo.

- **Coletas em crianças:**

- 1- A criança deve ser preparada psicologicamente para a coleta (criança maiores de 1 ano);
- 2- Crianças menores (meses) deverão ser colocadas em macas ou em mesa com um colchonete; deve ser usado um lençol que fará a imobilização do corpo da criança, ficando o braço escolhido para fora;
- 3- Um ajudante (pai, mãe ou outro profissional de saúde), deverá firmar o braço na altura do ombro e não mão, impedindo dessa forma contorções do braço que venham a prejudicar a coleta;
- 4- Colocar garrote (não muito apertado), apalpar a veia, fazer a antissepsia do local e puncionar a veia;
- 5- Caso não consiga acesso venoso, comunicar á enfermeira desta Unidade de Saúde ou encaminhar ao Serviço de Laboratório de Coleta de exames laboratoriais terceirizado.

- **Preparo e encaminhamentos das amostras sanguíneas:**

- 1- As amostras deverão ficar em repouso por no mínimo 30 minutos e no máximo 02 horas;
- 2- As amostras sanguíneas de sorologia deverão ser centrifugadas;
- 3- Para centrifugar: acondicionar a amostra na centrífuga contrabalanceando com outro tubo seco, na mesma direção que o sangue, contendo água (para evitar desequilíbrio no momento da centrifugação);
- 4- O material deverá permanecer centrifugando em torno de 10 minutos para que haja total separação de hemácias e plasma (soro);
- 5- Posteriormente, avisar através do telefone, à VE – Secretaria Municipal da Saúde de Assis, para encaminhamentos aos laboratórios de referência;
- 6- Acondicionar o material em refrigerador específico para as coletas, juntos as requisições das mesmas, já conferidas.

- **Horário de coleta de sorologias**

- Os horários de coleta de sorologias serão conforme estabelecido por cada Unidade, mas a Vigilância orienta informar até as 9:00 horas da manhã.

Referências:

1. GUIA DE VIGILÂNCIA PARA ERRADICAÇÃO DO SARAMPO, CONTROLE DA RUBÉOLA E DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA/SP/2002
www.cve.saude.sp.gov.br.
2. www.ial.sp.gov.br



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 19	PÁGINA: 1/3
	CURATIVO	REVISÃO: 07/06/2022	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Definição: Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, debridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.

Objetivo: Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

Contraindicação: É importante verificar se há contra indicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.

Materiais:

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Atadura de Rayon estéril;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;
- Agulha 25 x 1.2 ou 40 x 1.2;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento e/ou estéril;
- Micropore/Esparadrapo;
- Atadura de crepe;
- Espátula;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Papel Toalha.



Procedimento

1. Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar a execução;
2. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
3. Higienizar as mãos (POP 20);
4. Reunir todo o material, conforme o ambiente (UBS/Domicílio);
5. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Higienizar novamente as mãos;
7. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
8. Observar o curativo anterior antes da remoção;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
11. Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
14. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
15. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
16. Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%;
17. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
18. Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/debridamento;
19. Secar a pele Peri-lesão com gaze;
20. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível: semanalmente ou quinzenalmente;
21. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo Médico e Enfermeiro (conforme Protocolo Municipal) e ocluir o curativo conforme necessidade (placa de petrolatun, gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
22. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
23. Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
24. Realizar anotação de enfermagem, (POP 01);
25. Registrar no ESUS;
26. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



Observações

- ❖ Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida;
- ❖ Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo;
- ❖ No domicílio recomenda-se a técnica limpa;
- ❖ Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos;
- ❖ A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário;
- ❖ Debridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos;
- ❖ A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis e materiais padronizados.

Referência:

1. PREFEITURA DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2016.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 20	PÁGINA: 1/6
	HIGIENE E LAVAGEM DAS MÃOS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Todos os profissionais da equipe.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais e o coordenador da equipe.			
Objetivo: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.			
Definição: é a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Orientações:<ul style="list-style-type: none">➤ Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;➤ Ao iniciar o turno de trabalho;➤ Após ir ao banheiro;➤ Antes e depois das refeições;➤ Antes de preparo de alimentos;➤ Antes de preparo e manipulação de medicamentos. ▪ Procedimento: Lavar as mãos com água e sabão líquido:<ul style="list-style-type: none">➤ Retirar relógios, joias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);➤ Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar-se a pia para não contaminar a roupa;➤ Molhar as mãos;➤ Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;➤ Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundo sem todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;➤ Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;➤ Enxugar as mãos com papel toalha descartável; em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha;➤ Desprezar o papel toalha na lixeira. ▪ Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:			



- Antes de contato com o usuário;
- Após contato com o usuário;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas (sem talco).

■ ILUSTRAÇÕES:

1. Cinco Momentos de Higienizar as Mãos
2. Lavagem das Mãos
3. Como fazer Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas



CINCO MOMENTOS



PARA
HIGIENIZAR
AS MÃOS



1 Antes do contato com o paciente



2 Antes da realização do procedimento



3 Após exposição com fluidos corporais



4 Após contato com o paciente



5 Após o contato com mobiliários de tratamentos; Pertences; Documentos dos pacientes...



1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (segur a quantidade recomendada pela fabricante).
3. Enxaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
5. Entrelaçar os dedos e friccionar as espessas interdigitais.
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
7. Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
8. Friccionar as pontas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
10. Enxaguar as mãos, retirando as resíduos de sabão, no sentido das veias para os punhos. Evitar contato direto das mãos enxaguadas com a torneira.
11. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelas punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

IMPORTANTE

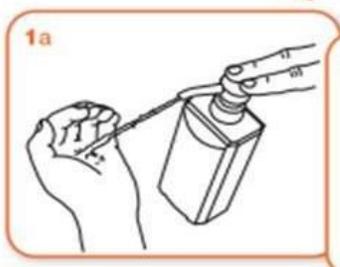
- ⇒ No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel-toalha.
- ⇒ O uso coletivo de toalhas de tecido é contraindicado, pois estas permanecem úmidas, favorecendo a proliferação bacteriana.
- ⇒ Deve-se evitar água muito quente ou muito fria na higienização das mãos, a fim de prevenir o ressecamento da pele.

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

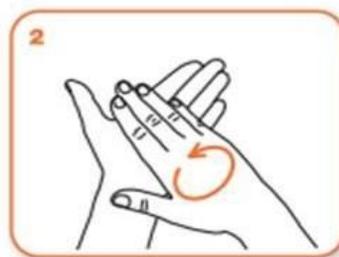
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



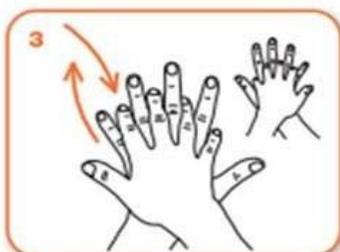
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



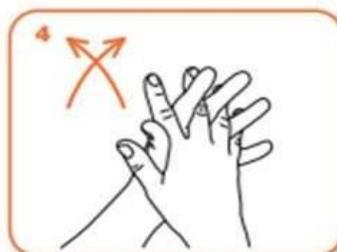
1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



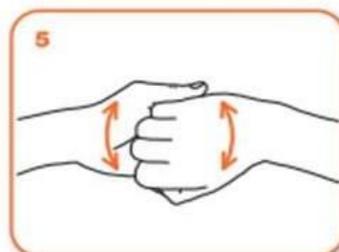
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



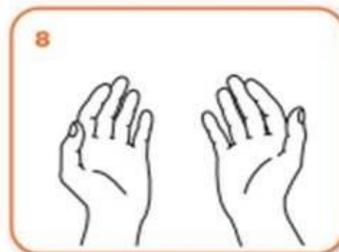
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



Referências:

1. OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Versão Teste 12006/07.
2. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEGURANÇADO PACIENTE: Higienização das mãos. Editora ANVISA. www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm.
3. SÃO PAULO - PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE M. S.; ANVISA; FIOCRUZ, 2013.
4. www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/lavagem_de_maos.html



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 21	PÁGINA: 1/2
	INALOTERAPIA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: O Objetivo da nebulização é umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e eliminar secreções.			
INALAÇÃO: Definição: Inalação: é o tratamento realizado para problemas respiratórios feitos através do uso de aparelho de inalação, soro e a medicação prescrita pelo médico, onde o paciente inala.			
MATERIAIS: <ol style="list-style-type: none">1. Micronebulizador/ Aparelho de Inalação/nebulizador;2. Máscara;3. Extensão (desinfetadas/esterilizadas);4. 10 ml de Soro Fisiológico 0,9%;5. Medicamento conforme prescrição médica;6. Etiqueta (para identificação);7. Gaze esterilizada;8. Papel toalha.			
TÉCNICA: <ol style="list-style-type: none">1- Verificar a receita contendo a prescrição médica;2- Explicar ao paciente o procedimento;3- Testar o aparelho de inalação/nebulizador;4- Abrir a embalagem da máscara de inalação e reservá-la;5- Colocar o Soro Fisiológico 0,9% ou Água Destilada, conforme prescrição médica, no copinho, acrescentar o medicamento prescrito, fechar e conectar ao nebulizador (usar a extensão);6- Identificar com etiqueta (data, horário de instalação);7- Conectar a máscara no copinho, á extensão e ao nebulizador;8- Ligar o nebulizador;9- Aproximar a máscara do rosto do paciente e ajustá-la, entre o nariz e a boca, solicitando que respire com os lábios entreabertos;10- Manter a nebulização junto ao rosto do paciente, durante o tempo prescrito, ou até terminar a solução (quando possível orientá-lo a fazer sozinho);11- Desligar o nebulizador (quando possível orientar o paciente a fazer);			



- ~~12~~- Retirar todo o sistema;
- ~~13~~- Deixar a unidade em ordem, lavar os materiais, proceder à desinfecção/esterilização dos mesmos e guardar;
- ~~14~~- O procedimento deverá ser anotado no Prontuário ESUS.

Referências:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
2. VIANA, D. L. Manual de Procedimentos em Pediatria. Yendis Editora. São Caetano do Sul. São Paulo, 2006.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 22	PÁGINA: 1/2
	MEDIDA DA ESTATURA	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Equipe de enfermagem.			
Definição: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.			
Objetivo: Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Antropômetro.			
▪ Procedimento			
<ul style="list-style-type: none">➤ Reunir o material;➤ Higienizar as mãos (POP 07);➤ Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;❖ Para crianças menores de 2 anos:<ul style="list-style-type: none">➤ Deitar a criança no centro do Antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;➤ Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:<ul style="list-style-type: none">✓ <u>a cabeça da criança</u>: apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;✓ <u>os ombros da criança</u>: totalmente em contato com a superfície de apoio do Antropômetro;✓ <u>os braços da criança</u>: estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o Antropômetro;✓ <u>os joelhos da criança</u>: pressionados para baixo, cuidadosamente, com uma das mãos, mantendo-os estendidos;✓ <u>os pés da criança</u>: juntos, fazendo um ângulo reto com as pernas;➤ levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;➤ realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;➤ retirar a criança;➤ higienizar as mãos (POP 20);➤ realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário (POP 01);➤ registrar no e-SUS;➤ manter ambiente de trabalho limpo e organizado.❖ Para crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:<ul style="list-style-type: none">➤ posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;			



- solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede;
- abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo; Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- higienizar as mãos;
- realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário, conforme (POP 30);
- registrar no e-SUS;
- manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

▪ **Observação:**

- Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

Referências:

1. PORTO, CC. Exame clínico - Bases para a prática médica. Guanabara Koogan- 4ª ed; 2000.
2. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 23	PÁGINA: 1/2
	MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Nas consultas de puericultura, exames de PKU e sempre que necessário.			
Execução: Equipe de Enfermagem.			
Definição: Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.			
Objetivo: Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.			
Contraindicação: Não há contra-indicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Procedimento:<ul style="list-style-type: none">➤ Reunir o material;➤ Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;➤ Higienizar as mãos; (POP 20);➤ Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;➤ Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;➤ Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;➤ Realizar a leitura;➤ Higienizar as mãos; (POP 20);➤ Realizar anotação de enfermagem, no ESUS, imprimir e carimbar e assinar, (POP 01);➤ Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. ▪ Observação:<ul style="list-style-type: none">➤ Não incluir pavilhão auricular; Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Quadro Ilustrativo: Medidas do Perímetro Cefálico:			



PC -> RN a termo	Meninas Escore Z zero= 34,0cm Variação = 32,5 a 35,0 cm	Meninos Escore Z zero = 34,5 cm Variação= 33 a 35,5 cm
<1º ano = 12 cm	2 cm/mês (1º trim.) 1,5 cm/mês (2º trim.) 0,5 cm/mês (3ºtrim.)	} <i>Evolução do PC esperada</i>
Obs.: Pode ocorrer o processo de acavamento dos ossos do crânio que ocorre durante o parto vaginal voltando ao normal após 2 a 3 dias.		

Referências:

1. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 24	PÁGINA: 1/1
	MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Nas consultas de puericultura, teste de PKU e sempre que necessário.			
Execução: Equipe de Enfermagem.			
Definição: Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.			
Objetivo: Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Procedimento:<ul style="list-style-type: none">➤ Reunir o material;➤ Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;➤ Higienizar as mãos (POP 20);➤ Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;➤ Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;➤ Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;➤ Realizar a leitura;➤ Higienizar as mãos;➤ Realizar anotação de enfermagem, registrar no ESUS assinar e carimbar no prontuário, (POP 01);➤ Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.▪ Observação:<ul style="list-style-type: none">➤ A medida não deve ser feita sobre a roupa.			
Referência: <ol style="list-style-type: none">1. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 25	PÁGINA: 1/1
	MEDIDA DO PESO CORPORAL	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Equipe de enfermagem.			
Definição: Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.			
Objetivo: Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
▪ Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Balança mecânica ou digital;2. Papel toalha.			
▪ Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material;2. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;3. Higienizar as mãos (POP 20);4. Forrar a base da balança com papel- toalha;5. Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);6. Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;7. Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);8. Ajudar o paciente a descer da balança;9. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;10. Higienizar as mãos (POP 20);11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário; (POP 01);12. Registrar no ESUS;13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.			
▪ Observações: <ul style="list-style-type: none">➤ Aferir periodicamente as balanças;➤ Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelção da agulha;➤ Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;➤ Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;			



- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

Referência:

1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 26	PÁGINA: 1/1
	PROVA DO LAÇO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Em casos onde há suspeita de Dengue.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Avaliar a fragilidade capilar que pode refletir a queda do número de plaquetas.			
Definição: A prova do laço é um exame rápido, feito em casos de suspeita de dengue, que ajuda a identificar o risco de a pessoa estar realmente com a doença, uma vez que avalia a fragilidade dos vasos sanguíneos, que está aumentada nos casos de dengue.			
Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. A prova do laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico;2. Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor do polegar) no antebraço da pessoa e aferir a PA (deitada ou sentada) de acordo com o (POP 02)3. Calcular o valor médio: (PAS+PAD);4. Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento das petéquias;5. Contar o número de petequeias no quadrado. A prova será positiva se houver mais de 20 petequeias em adultos e 10 em crianças.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_adulto_crianca_3ed.pdf			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 27	PÁGINA: 1/4
	SONDAGEM NASOGÁSTRICA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro e Médico.			
Quando: De acordo com a prescrição médica ou sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Possibilitar ao cliente que não pode ou não quer comer de receber nutrientes. O Médico pode prescrever alimentação duodenal quando o cliente não tolerar a alimentação gástrica ou quando há expectativa de aspiração com a alimentação gástrica.			
Definição: Sondagem Nasogástrica é a inserção de uma sonda plástica ou de borracha, flexível, podendo ser curta ou longa, pela boca ou nariz, para: descomprimir o estômago e remover gás e líquidos; diagnosticar a motilidade intestinal; administrar medicamentos e alimentação enteral.			
▪ Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Bandeja;2. Sonda gástrica;3. Seringa de 20 ml;4. Copo com água;5. Abaixador de língua;6. Lanterna;7. Cuba rim;8. Lubrificante: xilocaína gel a base de água;9. Gaze;10. Esparadrapo e micropore;11. Toalha;12. Estetoscópio;13. Luvas de procedimento;14. Saco plástico para lixo;15. EPI.			
▪ Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares;3. Realizar exame físico dirigido (SSVV, nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades, pele);4. Colocar o paciente em Fowler;			



5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira;
 6. Manter a privacidade do cliente;
 7. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e o óculos;
 8. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito;
 9. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto ocluir uma narina. Selecionar a narina com maior fluxo de ar;
 10. Medir a distância de introdução da sonda: descartar a pontinha preta, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do lóbulo da orelha ao apêndice xifoide;
 11. Lubrificar os primeiros 8 cm da extremidade da sonda com o lubrificante;
 12. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;
 13. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;
 14. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o cliente abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;
 15. Pedir para o cliente fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao cliente que degluta;
 16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar cianose, angústia respiratória, e dispnéia. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;
 17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente;
 18. Atenção: pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão;
- ❖ **Testes para certificação da localização da sonda:**
- ✓ Teste 1: Pedir ao paciente para falar, HUMM;
 - ✓ Teste 2: Examinar a parede posterior da faringe, com lanterna;
 - ✓ Teste 3: Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se refluí conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspire normalmente.
 - Teste 4: Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente abaixo do rebordo costal. Injetar 10 ml de ar, enquanto auscultar o abdome do paciente.
19. Para o posicionamento intestinal, colocar o cliente em decúbito lateral-direito;
 20. Inspecionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da introdução;
 21. Perguntar ao cliente se ele está confortável;
 22. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
 23. Fixar a sonda;
 24. Anotar o procedimento no prontuário ESUS e marcar o retorno para trocar a sonda.
- **Observações:**
- Irrigar sonda para dieta de 8 em 8 h com até 50 ml de água para mantê-la desobstruída;



- Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal;
- Inspeccionar a pele quanto a rubor e lesão;
- Proporcione higiene nasal diariamente;
- O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traqueia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose.
- Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe;

Referências:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TESTE DO PEZINHO (PKU)	CÓDIGO: POP 28	PÁGINA: 1/10
		REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem

Quando: Sempre que necessário

Monitoramento: Enfermeiro

Objetivo: O Teste do Pezinho é um exame laboratorial chamado também de “Triagem Neonatal”, detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. A maioria das doenças pesquisadas pode ser tratada com sucesso desde que diagnosticadas antes mesmo de manifestar os primeiros sintomas.

Definição: Teste do Pezinho é o exame feito a partir de sangue coletado do calcanhar do bebê e que permite identificar doenças graves, como:

1. Anemia Falciforme/Hemoglobinopatias - (doenças que afetam o sangue – traço falcêmico e doença falciforme);
2. Deficiência de Biotinidase - (doença genética caracterizada por uma falha parcial ou total da enzima de mesmo nome);
3. Fenilcetonúria - (doença do metabolismo);
4. Fibrose Cística - (doença genética que causa problemas respiratórios e gastrointestinais crônicos);
5. Hiperplasia Adrenal Congênita - (doença genética caracterizada por uma deficiência nas glândulas adrenais ou suprarrenais);
6. Hipotireoidismo - (glândula tireoide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios);

O exame ficou popularmente conhecido como “Teste do Pezinho” por ser realizado através da análise de amostras de sangue coletadas através do calcanhar do bebê. É um procedimento simples que não traz riscos para a criança.

As mães geralmente ficam com o coração na mão quando tem que levar seus bebês para o exame, pois estes normalmente choram.

Mas por que a picadinha no calcanhar? O que as mães devem saber é que o calcanhar é uma região rica em vasos sanguíneos e a coleta do sangue é feita rapidamente com um único furinho. O furo é quase indolor, mas a dor ainda é uma sensação nova para o bebê e por isso choram.

A sala de coleta deve ser um local aconchegante e tranquilo, adequado à finalidade. O uso de ar refrigerado não é recomendado, pois o resfriamento dos pés do bebê irá dificultar a obtenção de sangue.

▪ **Materiais:**

Antes de iniciar a coleta, o profissional deverá se assegurar de que todo o material necessário, citado abaixo, esteja disponível na bancada de trabalho que deve estar convenientemente limpa:



- Luvas de procedimento (não é necessário o uso de luvas cirúrgicas);
- Lanceta estéril descartável com ponta triangular de aproximadamente 2,0 mm;
- Recipiente (pissete) com álcool a 70% para assepsia;
- Algodão e/ou gaze pequena esterilizada;
- Papel filtro.

Na bancada deverá estar disponível uma pequena prateleira ou outro dispositivo que permita a distribuição dos papéis filtros já coletados, até a secagem total das amostras;

Iniciar a coleta somente após todos os dados solicitados estarem preenchidos;

Esse exame é realizado em parte nas maternidades quando o bebê completa 48 horas de vida. Antes disso, o teste pode sofrer influência do metabolismo da mãe.

O exame também é feito em laboratórios e principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs e ESFs);

O ideal é que o teste seja feito entre o 3º (terceiro) e o 5º (quinto) dia de vida;

Basta apenas uma picada no calcanhar do bebê para retirar algumas gotinhas de sangue que serão colhidas num papel filtro e levadas para serem analisadas.

O período ideal para a realização da coleta do Teste do Pezinho é a partir do 3º dia de vida do bebê ou o mais brevemente possível;

Isto não invalida, entretanto, a sua realização em bebês com mais dias de vida. O que poderá ser prejudicada é a eficácia do tratamento, caso necessário.

▪ **Procedimento:**

✓ **Luvas de procedimento**

- 1- Para dar início à coleta da amostra de cada criança, o profissional deve lavar as mãos antes de calçar as luvas de procedimento;
- 2- As mãos devem ser lavadas e as luvas trocadas novamente a cada novo procedimento de coleta;
- 3- As luvas devem ser retiradas pelo avesso e desprezadas em recipientes apropriados; Quando estiver portando luvas, não toque outras superfícies como maçanetas, telefones, etc;
- 4- Não se esqueça, luvas são equipamentos de proteção individual de biossegurança.

✓ **Posição da criança**

- 1- Para que haja uma boa circulação de sangue nos pés da criança, suficiente para a coleta, o calcanhar deve sempre estar abaixo do nível do coração;
- 2- A mãe, o pai ou o acompanhante da criança deverá ficar de pé, segurando a criança na posição de arroteo;
- 3- O profissional que vai executar a coleta deve estar sentado, ao lado da bancada, de frente para o adulto que está segurando a criança.

✓ **Assepsia**

- 1- Realizar a assepsia do calcanhar com algodão ou gaze levemente umedecida com álcool 70%. Massagear bem o local, ativando a circulação. Certificar-se de que o calcanhar esteja avermelhado;
- 2- Aguardar a secagem completa do álcool;
- 3- Nunca realizar a punção enquanto existir álcool, porque sua mistura com o sangue leva à diluição da amostra e rompimento dos glóbulos sanguíneos (hemólise);



- 4- Nunca utilizar álcool iodado ou antisséptico colorido, porque eles interferem nos resultados de algumas das análises.

✓ **Punção**

- 1- A escolha do local adequado da punção é muito importante. Um procedimento seguro que evita complicações;
- 2- A punção deve ser executada numa das laterais da região plantar do calcanhar, locais com pouca possibilidade de se atingir o osso, que caso fosse atingido, poderia levar às complicações mencionadas;
- 3- Evitar o uso de agulhas, pois elas podem atingir estruturas mais profundas do pé como ossos ou vasos de maior calibre, além de provocarem um sangramento abundante que dificulta a absorção pelo papel, sendo este outro motivo muito frequente de devolução de amostras por coleta inadequada;
- 4- É necessário que a punção seja realizada de forma segura e tranquila. Tenha em mente que um procedimento eficiente irá prevenir coleta por devolução de amostra inadequada e, conseqüentemente, evitar transtornos de localização da família para agendamento de nova coleta;
- 5- Segurar o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação;
- 6- Após a assepsia e secagem do álcool, penetrar num único movimento rápido toda a ponta da lanceta (porção triangular ou lancetador automático específico) no local escolhido, fazendo em seguida um leve movimento da mão para a direita e esquerda, para garantir um corte suficiente para o sangramento necessário;
- 7- Poderá ocorrer necessidade de nova punção se houver coagulação sanguínea, tentar antes disso primeiro massagear com algodão seco;
- 8- Uma punção superficial não produzirá sangramento suficiente para preencher todos os círculos necessários à realização dos testes. Material insuficiente é outra causa frequente de devolução de amostras.

✓ **Coleta de Sangue**

- 1- Coletas de repetição ou novas punções trazem mais dor e incômodo ao bebê e à família, do que o procedimento eficiente de uma única coleta;
- 2- Aguardar a formação de uma grande gota de sangue;
- 3- Retirar com algodão seco ou gaze esterilizada a primeira gota que se formou. Ela pode conter outros fluidos teciduais que podem interferir nos resultados dos testes;
- 4- Encostar o verso do papel filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos), encostar o papel filtro para coleta do sangue e retirar;
- 5- Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea no papel, evitando concentração de sangue;
- 6- Não permitir que ele coagule nem no papel nem no pezinho. Só desencoste o papel do pezinho quando coletar uma gota espessa (grande, volumosa), não sobrepondo jamais uma gota sobre a outra;
- 7- Não tocar com os dedos a superfície do papel na região dos círculos. Qualquer pressão poderá comprimir o papel, absorver menor quantidade de sangue e alterar os resultados dos testes. Encoste



o outro círculo do papel novamente no local do sangramento;

- 8- Repetir o movimento até o preenchimento do novo círculo, conforme técnica especificada anteriormente. Repetir a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos, com uma gota espessa. Jamais retorne um círculo já coletado no sangramento para completar áreas mal preenchidas (não sobrepor). A superposição de camadas de sangue interfere nos resultados dos testes. Os movimentos circulares com o papel, enquanto o círculo está sendo preenchido, irão permitir a distribuição do sangue por toda a superfície do círculo; se houver interrupção no sangramento, aproveite o momento de troca de círculo para massagear novamente a região do calcanhar com algodão seco para ativar novamente a circulação;
- 9- Jamais vire o papel para fazer a coleta dos dois lados. É necessário que o sangue atravesse toda a camada do papel até que todo o círculo esteja preenchido com sangue de forma homogênea.

✓ **Curativo**

- 1- Após a coleta colocar a criança deitada, comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze até que o sangramento cesse;
- 2- Se desejar, utilize curativo próprio.

▪ **Doenças que o Teste do pezinho pode detectar precocemente**

1. **Anemia Falciforme**

É uma doença hereditária que causa a malformação das hemácias, que assumem forma semelhante a foices (de onde vem o nome da doença), com maior ou menor severidade de acordo com o caso, o que causa deficiência do transporte de oxigênio nos indivíduos acometidos pela doença.

2. **Deficiência de Biotinidase**

Doença genética caracterizada por uma falha parcial ou total da enzima de mesmo nome. A biotinidase exerce importante função na cadeia de reações químicas envolvidas na utilização e reutilização da vitamina no organismo. A enzima é responsável por separar e liberar a biotina das proteínas dos alimentos.

3. **Fenilcetonúria**

Distúrbio genético no qual um dos aminoácidos presentes no leite pode prejudicar a saúde do bebê causando retardo mental grave.

4. **Fibrose Cística**

Doença genética que causa problemas respiratórios e gastrointestinais crônicos.

5. **Hiperplasia Adrenal Congênita**

Doença genética caracterizada por uma deficiência nas glândulas adrenais (ou suprarrenais), localizadas logo acima dos rins. A pessoa com HAC não produz corretamente as enzimas necessárias ao funcionamento das glândulas, fazendo com que estas, por sua vez, produzam em menor quantidade os hormônios cortisol e aldosterona e em excesso os androgênicos (hormônios masculinos).



6. Hipotireoidismo

A falta do hormônio produzido na glândula tireoide causa deficiência mental e retardo de crescimento.

▪ Prevenindo doenças graves

- 1- Para quem não sabe, o teste do pezinho é obrigatório por lei em todo o Brasil e a simples atitude de se realizar o exame faz com que doenças causadoras de sequelas irreparáveis no desenvolvimento mental e físico da criança sejam detectadas e tratadas mesmo antes do aparecimento dos sintomas;
- 2- O diagnóstico precoce oferece condições de um tratamento iniciado nas primeiras semanas de vida do bebê, evitando a deficiência mental. A deficiência, uma vez presente no corpo, já não pode ser curada;
- 3- Existem diferentes tipos de exames do pezinho. O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal, onde cobre a identificação de até quatro doenças (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase).

75

▪ Datas e horários de coleta nas UBS (s) e ESF (s)

UNIDADES DE SAÚDE	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO
UBS BONFIM	2ª a 5ª	11:00 às 13:00
UBS FIÚZA	2ª a 6ª	11:30
UBS JARDIM PARANÁ	2ª a 6ª	13:00 às 15:00
UBS MARIA ISABEL	2ª a 6ª	9:00 às 10:00
UBS VILA OPERÁRIA	2ª a 5ª	13:00
UBS VILA RIBEIRO	2ª a 6ª	10:00 às 12:00
ESF BELA VISTA	2ª a 6ª	9:00
ESF COHAB IV	2ª a 6ª	9:00 às 10:00
ESF COLINAS	2ª a 6ª	9:00 às 11:00
ESF ELDORADO	2ª a 6ª	9:00
ESF GLÓRIA	2ª a 6ª	8:00 às 10:30
ESF III AMÉRICAS	2ª	14:00 às 16:00
ESF PARQUE UNIVERSITÁRIO	2ª a 6ª	8:00 às 10:30
ESF PROGRESSO	2ª, 3ª e 6ª	9:00 às 11:00 / 13:00 às 16:00
ESF PRUDENCIANA	2ª a 6ª	A partir das 9:00



ESF VILA CLÁUDIA	2ª a 6ª	7:30 às 11:00
ESF VITÓRIA	2ª a 6ª	10:00
ESF RURAL	2ª a 6ª	9:00
ESF SANTA CLARA	2ª a 6ª	9:00

▪ **OBSERVAÇÃO**

- Caso alguma Unidade de Saúde faça alterações nos horários de Coleta, Luciana Germinar comunicará as mães na Maternidade.

▪ **Coletas realizadas na Sexta-Feira**

- ✓ **Deixar secar por quatro horas, embalar com papel laminado (alumínio) e acondicionar na parte inferior da geladeira e enviar na segunda feira de manhã. Por alguma eventualidade pode ficar até 3 dias na geladeira.**

▪ **Responsabilidade da Unidade de Saúde**

- Orientar as gestantes/puérperas;
- Orientar a família antes e depois da coleta;
- Informar que o teste será encaminhado e realizado no SRTN (Serviço de Referência em Triagem Neonatal) UNICAMP/CIPOI;
- Questionar se a mãe tomou corticóide 15 (quinze) dias antes do parto. (mães com asma, bronquite, lúpus e outros);
- Preencher todos os campos do cartão;
- Realizar a coleta;
- Enviar amostras no prazo determinado;
- Reconvocar para nova coleta.

▪ **Solicitação de materiais**

- 1- AR - Aviso de Recebimento – retirar direto pelo site do Correio;
- 2- Stoppers, Envelopes e Papel Alumínio - SMS – Almoxarifado pelo pedido mensal;

❖ **OBSERVAÇÃO**

Em caso de falta destes materiais no Almoxarifado, solicitar por Memorando compra à Coordenação das Unidades de Saúde (UBS e/ou ESF) da Secretaria e/ ao Setor de Compras – Luis Marsson;

- 3- Kit/Coleta (Lanceta, Papel Filtro) – Até o dia 05 (Mensal) – Enviar memorando 2 vias ou Relação de Remessa através do Malote da Secretaria, para Maria Aparecida Hartmann (Cidinha) – UBS Vila Operária;



4- Carta de Remessa: A própria Unidade de Saúde será responsável pela impressão (cópia).

▪ Envio de material

➤ Preencher envelope:

CIPOI UNICAMP

Rua: Vital Brasil nº 100

CEP: 13083-970

Campinas - SP

Exame do Pezinho

➤ No verso: colocar o nome e endereço da nossa Unidade de Saúde;

➤ Colocar Material Coletado no envelope devidamente identificado, fechar o envelope com cola;

➤ Após, enviar material (com clips) com AR: Para – SMS.

▪ Outras observações

✓ O procedimento deverá ser anotado na Ficha de Atendimento Básico Ambulatorial desta Unidade de Saúde: Código: 020102005-5 (COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL).

✓ Ao entregar o resultado de reconvocação do exame, solicitar que a mãe ou responsável assine o livro.

✓ Reconvocação: quando for hormonal (TSH e T4 LIVRE), aguardar pelo menos 2 (duas) horas entre as mamadas, para colher o exame (orientar à mãe). Coletar através do Laboratório Municipal (Terceirizado) de referência de cada Serviço de Saúde.

✓ O exame de TSH estará nominado ao RN, colocar ao final do exame o nome da mãe (antes de enviar ao CIPOI-UNICAMP).

✓ Retirar do SISREG, sempre duas cópias do resultado do TSH E T4 LIVRE, sendo uma para entregar à mãe e a outra para enviar para CIPOI-UNICAMP.

✓ Em todas as reconvoções utilizar caneta vermelha para o preenchimento dos impressos/dados. Não se esquecer de colocar sempre o número do primeiro exame que já vem na reconvocação.

▪ Distribuição de resultado do Teste do pezinho desta UBS para as demais Unidades de Saúde: ESF(s) e UBS(s)

Após o recebimento de todos os resultados das coletas de Teste do pezinho do município de Assis, pelo Correio via Sedex, provindo do CIPOI - UNICAMP, para UBS Vila Operária, separar os mesmos e enviar para as unidades de origem, com relação de remessa em 2 vias, sendo que, uma via deverá voltar assinada pelo funcionário que a recebeu e a outra permanecer na Unidade à que foi destinada.

▪ Contatos em caso de dúvidas

Qualquer dúvida, contatar Enfermeira Shirley (019) 3521-9059 e/ou Enfermeira Ana Maria (19) 3521-9050, das 08h00min horas às 15h00min horas. Ou ainda Cidinha (UBS Vila Operária), das 07h00min horas às 13h00min horas.



▪ Códigos

0202110060	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)
0202110095	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)
0202110109	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)
0202110079	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)

Referências Bibliográficas:

1. <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/cipoi/triagem-neonatal/teste-do-pezinho> (CIPOI)
2. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/exames-de-triagem-neonatal>
3. <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/arquivos?task=viewcategory&catid=103>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 29	PÁGINA: 1/3
	TESTE RÁPIDO PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro ou Profissional da Saúde com capacitação específica (GIPA/VE-SMSA/MS) para realização do teste.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Qualificar e ampliar o acesso da população ao diagnóstico do HIV e detecção precoce da Sífilis, Hepatite B e C.			
<ul style="list-style-type: none">▪ Teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C: São testes que podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e (ou) plasma.▪ Materiais:<ol style="list-style-type: none">1. Caixa-kit de teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Manual de instruções do teste do fabricante de cada;2. Cronômetro ou relógio;3. Descarte para material biológico (Caixa de perfuro-cortante, lixo saco branco e preto);4. Impressos específicos e livro controle;5. Equipamentos de Proteção Individual (EPI): (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados.▪ Procedimento para coleta da amostra e execução do Teste Rápido:<ol style="list-style-type: none">1- Realizar preenchimento de impressos específicos para o teste rápido, pré-teste de aconselhamento, orientações gerais e termo de consentimento, solicitando assinatura do paciente;2- Separar todos os componentes necessários do kit Teste Rápido sobre uma superfície plana e limpa;3- Verificar a integridade de todos os componentes e validade dos testes;4- Antes de realizar a testagem (punção capilar ou coleta), identificar os testes (tubos) com o nome do indivíduo e outros para identificação que se fizerem necessários;5- Proceder à testagem (punção capilar ou coleta) conforme indicação do manual;6- Coletar a amostra de sangue preferencialmente por punção digital, utilizando o coletor específico para cada Kit ou conforme procedimento descrito no Manual de instruções de uso do fabricante;7- Proceder toda a execução, observação do tempo de espera e leitura do resultado do teste, conforme procedimento de cada Manual de instruções de uso do fabricante.			



- 8- Realizar pós teste rápido e condutas necessárias conforme resultado;
- 9- Se período de janela imunológica repetir novamente o teste após 30 dias;
- 10- Após a leitura do teste, anotar o resultado e entregar o laudo ao paciente;
- 11- Descartar todo o material utilizado em recipiente para descarte de materiais com risco biológico;
- 12- Considerar todas as amostras como material potencialmente infectante, usar equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, óculos, gorros e aventais). O funcionário deverá estar de sapatos fechados;
- 13- Após a realização do teste deverá ser realizado a limpeza e desinfecção do ambiente;
- 14- Em caso de amostras de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C reagentes, agendar consulta médica ao paciente, para avaliações e condutas médicas, bem como, outros encaminhamentos e acompanhamentos que ser fizerem necessários, conforme recomendações dos Manuais do Ministério da Saúde e fluxos de atendimentos da SMSA;
- 15- Para as gestantes, seguir o fluxograma da atenção a gestante para investigação de Sífilis com Teste Rápido Treponêmico. Se reagente, seguir recomendações conforme Manuais de Manejo da Sífilis em gestante e Sífilis Congênita – Exemplo: Guia de bolso para o manejo da Sífilis em gestante e Sífilis Congênita. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo, 2016;
- 16- Mensalmente realizar a Planilha de Controle e Solicitação de Teste Rápido para Diagnóstico HIV e triagem de Sífilis, Hepatite B e C, e enviar à VE/SMSA conforme rotina.

Referências:

1. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf
2. <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 30	PÁGINA: 1/3
	TROCA DE BOLSA DE ESTOMA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Médico.			
Quando: Conforme indicação médica ou quando necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Objetivo: Avaliar a capacidade do cliente para se ajustar a uma alteração na imagem corporal e para participar no autocuidado, orientando-o.			
Definição: Os estomas intestinais são derivações do intestino para a parede abdominal, criados cirurgicamente, a fim de se construir um novo caminho para a saída das fezes para o exterior. Os estomas podem ser confeccionados com o intestino delgado - chamada ileostomia - ou com o intestino grosso - colostomia, sendo que ambos não podem ser controlados voluntariamente. Por esta razão que é sempre necessário o uso de uma bolsa coletora do conteúdo fecal.			
▪ Materiais: <ol style="list-style-type: none">1. Luvas de procedimento;2. Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;3. Placa;4. Pacote de gaze;5. Soro Fisiológico (SF) 0,9% ou solução de limpeza de bolsa.			
▪ Descrição do procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Receber o cliente com atenção;2. Manter o cliente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade;3. Higienizar as mãos;4. Calçar as luvas de procedimentos;5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização;7. Limpar a pele, utilizando a compressa de gaze para remover as fezes;8. Lavar com soro fisiológico ou outro produto indicado e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma);11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;			



12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;
 13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp;
 14. Retire as luvas;
 15. Higienizar as mãos;
 16. Realizar a anotação do procedimento ESUS e observações no prontuário do cliente.
- ✓ Paciente leva documentos pessoais e cópia para realizar o cadastro no período das 7 às 17:00 horas para cadastramento e agendamento;
 - ✓ Será agendado uma consulta para avaliação das Bolsas de ostomias com a Proctologista Dra. Ligia Ambulatório Hospital Regional de Assis;
 - ✓ Serão fornecidas 10 bolsas por mês conforme especificidade de cada caso;
 - ✓ Será realizado agendamento de retorno com Proctologista para reavaliação, caso necessário.

Referências:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.
2. TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5 ed. Artmed. Porto Alegre. p. 1592,2007.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 31	PÁGINA: 1/3
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Definição: Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.			
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">✓ Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;✓ Avaliar estado geral do paciente;✓ Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">✓ Relógio com marcador de segundos;✓ Estetoscópio se necessário.			
▪ Procedimento <ol style="list-style-type: none">1- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;2- Reunir o material;3- Higienizar as mãos (POP 20);4- Manter o paciente em posição confortável.			
❖ Verificação de Pulso Apical <ol style="list-style-type: none">1. Expor a região torácica;2. Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);3. Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência).			
❖ Verificação de Pulso Arterial <ol style="list-style-type: none">1. Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra a saliência óssea;			



2. Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência).

❖ Ao final do procedimento

1. Higienizar as mãos (POP 07);
2. Realizar a digitação do procedimento no PEC, imprimir, assinar e carimbar no prontuário, conforme decisão do COREN-SP- ;
3. Registrar o procedimento em planilha de produção.
4. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado .

❖ Observação

1. Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;
2. Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.

❖ Frequência cardíaca normal em criança

IDADE	VARIAÇÃO	MÉDIA NORMAL
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45



Frequência Cardíaca

Parâmetros da Frequência Cardíaca	
Normocardia:	FC normal :60-100 bpm no adulto
Bradycardia	FC < 60 bpm no adulto
Taquicardia:	FC > 100 bpm no adulto
Pulso irregular ou arritmico:	alteração na formação e/ou condução do impulso elétrico
Ritmo sinusal	ritmo fisiológico regular do coração

•Ritmos anormais podem indicar: Arritmias, Cardiopatias isquêmicas, Insuficiência Cardíaca(IC);

(PALOMO, 2007)

5

Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. ARCHER, E. et al;. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. DIECKMANN, R.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. (Ed.). Pediatric Education for prehospital professionals. Sudbury: Mass, Jones & Bartlett, American Academy of Pediatrics, p 43-45, 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 32	PÁGINA: 1/3
	VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	REVISÃO: 07/06/2022	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Sempre que necessário.

Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Definição: Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

Objetivo: Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas. Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Materiais:

- ✓ Relógio com marcador de segundos;
- ✓ Estetoscópio se necessário.

▪ **Procedimento**

1. Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
2. Higienizar as mãos (POP 20);
3. Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
4. Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
5. Manter o paciente em posição confortável;
6. Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
7. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
8. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
9. Higienizar as mãos (POP 20);
10. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
11. Realizar anotação de enfermagem, imprimir, assinar e carimbar no prontuário ESUS, conforme decisão do COREN-SP- (POP 01);
12. Comunicar enfermeiro se alterações.
13. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.



INSPEÇÃO DINÂMICA

- Frequência

Variações aceitáveis de Frequência Respiratória por minuto	
Recém-nascido	30-60 rpm
Lactente (6 meses)	30-50 rpm
Criança (2 anos)	25-32 rpm
Criança	20-30 rpm
Adolescente	16-19 rpm
Adulto	12-20 irpm

(Potter; Perry, 2009)

Variações aceitáveis de Frequência Respiratória por minuto	
Recém-nascido	40-45 rpm
Lactente (6 meses)	25-35 rpm
Pré-escolares	20-35 rpm
Escolares	18-35 rpm
Adulto	12-20 irpm

(Porto, 2010)



Criança **Não** é um adulto pequeno

Frequência Respiratória



Faixa etária	Varição média	Máximo
Recém-nascido	30-60	60
Lactente	24-40	50
Pré-escolar	22-34	40
Escolar	18-30	30
Adolescente	12-16	20

  drarenatamachado



Referência:

1. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
2. ARCHER, E et al.; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP 33	PÁGINA: 1/2
	VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA CORPÓREA	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Definição: Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).			
Objetivo: <ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;✓ Avaliar estado geral do paciente;✓ Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;✓ Acompanhar a evolução da doença.			
Contraindicação: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.			
Materiais: Algodão; Álcool a 70%; Termômetro digital.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Colocar o usuário em decúbito dorsal ou sentado;2. Explicar o cuidado que lhe será prestado e orientá-lo quanto ao movimento de abdução do braço direito até um ângulo de 35°C;3. Afastar a roupa do usuário para expor totalmente a axila;4. Secar com lenço a axila do usuário, realizar movimentos de absorção, pegar o termômetro e posicioná-lo paralelamente à parede medial da axila do usuário;5. Encostar sua extremidade no ápice da axial;6. Girá-lo, posicionando-o perpendicularmente à parede medial;7. Solicitar ao usuário que faça adução do braço para fechar a cavidade axilar;8. Flexionar o antebraço e apoiá-lo sobre o tórax; soltar e marcar o tempo;9. Aguardar o toque sonoro do termômetro;10. Realizar leitura;11. Pedir ao usuário para estender o antebraço e fazer abdução do braço;12. Retirar o termômetro;13. Anotar no prontuário;14. Comunique a temperatura ao usuário ou acompanhante;15. Realize encaminhamento ou orientações necessárias.			



VARIAÇÕES DA TEMPERATURA

Hipotermia	abaixo	de	35,5°	C
Temperatura Normal	35,5°	a	37,2°	C
Sub Febril	37,3°	a	37,7°	C
Febre	>=	a	37,8°	C



Referência:

1. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2015.
2. POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
3. ARCHER, E. et al. Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE DE ASSIS/SP**

**ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
(ESF) E UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)**

Responsável: Equipe da Estratégia Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Coordenador da Unidade de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Objetivo:

- I.** Os objetivos da UBS e ESF estão diretamente ligados aos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2012), para que o serviço seja entendido na perspectiva da AB é preciso:
- II.** Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- III.** Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- IV.** Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- V.** Coordenar a integralidade, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;
- VI.** Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, às pessoas e às coletividades do território.

Locais de desenvolvimento das ações

- 1.** As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio.
- 2.** Nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médico e odontológico. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações;
- 3.** Na comunidade: com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros;
- 4.** No domicílio: nesse local tem-se acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, ao se realizar a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.



Princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família

1. A ESF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que essa população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença. Os princípios norteadores da Saúde da Família são:
 - Territorialização e Adstrição da Clientela: a Unidade de Saúde Familiar (USF) trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento dessa população.
 - Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos e auxiliar ou técnico em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
 - Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.
2. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Para integrar os princípios da AB no desenvolvimento da ESF e consolidação do SUS, serão trabalhadas, neste protocolo, questões norteadoras da atuação da Enfermagem.

Mapeamento na ESF

1. O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente;
2. Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes;
3. A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
4. Cada equipe de SF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Visita domiciliária

1. A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), destacando o serviço do Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse



espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009);

2. Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009);
3. Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Território adstrito (Territorialização)

1. A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita;
2. Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, a partir do reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998);
3. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005);
4. Alguns dos pilares de uma noção de territorialização mais abrangente seriam, então, a valorização:
 - da experiência cotidiana das populações locais;
 - dos usuários do sistema;
 - dos profissionais de saúde formados na própria comunidade.
5. A territorialização, pois, é um pressuposto básico do trabalho da unidade de saúde. Precisa-se, portanto, cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui, também, o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que se podem pensar as intervenções tomando a população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã. A territorialização possibilita, por isso, um melhor acesso dos usuários ao serviço de saúde e à facilidade do acesso ao sistema, em função da cobertura do Agente Comunitário de Saúde (NEVES, 2011).



Cadastramento

1. O cadastramento na UBS é realizado individualmente nas próprias Unidades Básicas de Saúde. O cadastramento na ESF também pode ser realizado diretamente no domicílio pelos agentes comunitários de saúde.

Sistema de informação da Atenção Básica

1. O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informações em Saúde, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

Acesso e vínculo

1. Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários;
2. O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012);
3. Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde. O Acolhimento à demanda espontânea pode ocorrer de diversas formas, são alguns exemplos de modalidades de Acolhimento:
 - Acolhimento pela equipe de referência do usuário;
 - Equipe de acolhimento do dia;
 - Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
 - Acolhimento coletivo
 - O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, “na primeira escuta do usuário”, é organizar a demanda de acordo com a necessidade individual e a equipe deve estar atenta a:
 - Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
 - Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
 - Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
 - Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado (Anexo 01 – Caderno 28);
 - Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;
 - Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.



Gestão do cuidado

1. A gestão do cuidado é uma ferramenta essencial para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas quais os profissionais devem coordenar a integralidade das ações prestadas aos usuários de saúde, coordenando-as na RAS através da organização do fluxo de usuários dentro dos pontos de atenção da rede e possibilitando a integração dos níveis assistenciais (OPAS, 2011);
2. A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

1. Os NASF fazem parte da AB, mas não se constituem um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012);
2. São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas (Consultórios de Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais Etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012);
3. De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: “discussão de casos”, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Reunião de equipe

1. Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família;
2. Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).



Educação Permanente

1. A Educação Permanente na SF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular;
2. A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores (BRASIL, 2012);
3. É fundamental, antes de iniciar os trabalhos em uma equipe de SF, que os profissionais reconheçam suas atribuições e as atribuições dos colegas de equipe. Por isso, como sugestão, procurem realizar, sempre que necessário, atividades de Educação Permanente e discutam as devidas atribuições e papéis dentro da equipe.

Coordenação do cuidado

1. Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestões das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012).

Participação do usuário

1. Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
2. A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.
3. Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local, sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País.

Referências Bibliográficas:

1. ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Interface, BA, 2005. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.



- O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
 4. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 5. Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
 6. MS Atenção Básica Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php. Acesso em 28maio2018.
 7. Caderno 28 Atenção Básica.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 01	PÁGINA: 1/2
	ACOLHIMENTO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais de saúde e o Coordenador da equipe.			
Objetivo: A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, não apenas de um grupo de profissionais, inserindo-se no processo de trabalho. O acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da (Unidade Básica de Saúde e/ou Estratégia Saúde da Família), reconhecer os problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;2. Durante a escuta quanto ao motivo da procura ao serviço deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido;3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;4. Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;5. O cliente que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pela enfermeira e/ou médico;6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos;7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes.			
Cabe ao Enfermeiro: <ol style="list-style-type: none">1. Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;2. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar Acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários.			



Referência:

1. Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon2010;
2. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010;
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004;
4. Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina5;
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 02	PÁGINA: 1/2
	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: Enfermeiros.

Quando: sempre que necessário.

Monitoramento: Enfermeiro Coordenador da Unidade de Saúde.

Objetivo: Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional.

Material:

- ✓ Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- ✓ Glicosímetro e fita glicêmica;
- ✓ Termômetro;
- ✓ Balança Antropométrica;
- ✓ Oxímetro;
- ✓ Algodão com álcool 70%;
- ✓ Prontuário da Família e/ou E-SUS.

Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Orientar o usuário quanto ao procedimento;
3. Questionar o motivo porque procurou a UBS/ESF;
4. Registrar no prontuário os dados de aferição de:
 - peso e estatural;
 - pulso e respiração;
 - temperatura corporal;
 - pressão arterial;
 - além de outros dados que estejam programados para o caso.
5. Encaminhar o usuário para aguardar o atendimento, ou retorno para consulta conforme necessidade, de acordo com a classificação de Manchester;
6. Manter a sala em ordem e guardar material.

Referência:

1. Trindade, Cristiano S. A Importância do Acolhimento no processo de trabalho das equipes saúde da família, Nescon2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.



4. Pública, Escola de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária em saúde: Oficina5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 03	PÁGINA: 1/3
	CADASTRO E ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: administrativo e auxiliar de enfermagem e nas ESF os agentes comunitários de saúde ou demais membros da Equipe caso necessário.

Quando: Sempre que necessário.

Monitoramento: Coordenador e ou Enfermeiro.

Definição: Uma coletânea de dados, um arquivo, um banco de dados que reúne todas as informações possíveis, das famílias/pessoas, para que seja estabelecidas condutas em saúde individual ou coletivo.

Objetivo: identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis, dentro do sistema de saúde, e que prioritariamente deverão ser a sua referência. A partir da análise desses dados, subsidia os profissionais e gestores o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas, o cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Materiais:

- ✓ Envelope
- ✓ Fitas coloridas
- ✓ Caneta
- ✓ Folha de sulfite

Procedimento

1. Na ESF o cadastramento inicia-se com a abordagem do agente de saúde no domicílio, onde o mesmo se identifica e explica o procedimento a ser realizado e esclarecendo a importância do mesmo;
2. Preencher a ficha de cadastro (e-SUS) das famílias pertencentes a área de abrangência da unidade, por ocasião da vinda do cliente à unidade ou durante visita domiciliar;
3. Dar um número de prontuário que corresponderá esta família ou indivíduo e atualizar o índice de prontuários;
4. Orientar sobre a rotina e oferta de serviços prestados pela equipe da unidade;
5. Organizar o prontuário da seguinte forma:
 - a) Identificar envelope pardo com o nome de todos os integrantes da família, iniciando pelo chefe da família, endereço e número pré-estabelecido para o mesmo, com letra legível.
 - b) Arquivar no prontuário, as fichas de atendimento de todas as pessoas da família,
 - c) Os prontuários das crianças menores de 5 anos poderão identificação com fitas coloridas, motivo infantil, e arquivados separadamente dos demais integrantes da família, porém permanece o mesmo número da família,



- d) Manter a ficha de cadastro, juntamente com a ficha de evolução de todos integrantes da equipe, dentro do prontuário.
- e) Transferir via malote, todo prontuário da família, ou dos integrantes, que por ventura ocorrer mudança de endereço, para a unidade de saúde mais próxima do seu novo endereço; (POP 04)
- f) Arquivar os prontuários mantendo separados cada microárea.

OBSERVAÇÃO: A responsabilidade é do agente comunitário de saúde, mas não existe impedimento que outro integrante da equipe o faça.

1. Na UBS os cadastros dos pacientes pertencentes na área de abrangência são realizados por ocasião da vinda do cliente à unidade;
2. Identificar e explicar ao cliente o procedimento a ser realizado, esclarecendo a importância do mesmo;
3. Realizar o preenchimento correto da ficha cadastral, o cartão de identificação, e o prontuário;
4. Entregar ao cliente seu cartão de identificação, e orientá-lo quanto à importância do mesmo em qualquer atendimento na unidade;
5. Orientar sobre a rotina, objetivos e serviços prestados pela equipe da unidade;
6. Organizar o prontuário da seguinte forma:
 - a) Identificar envelope pardo com o nome do paciente, endereço e número pré-estabelecido para o mesmo, com letra legível;
 - b) Arquivar no prontuário, as fichas de atendimento de todas as pessoas cadastradas na Unidade;
 - c) Manter a ficha de cadastro, juntamente com a ficha de evolução de todos integrantes da equipe;
7. Realizar a devolutiva das fichas de atendimento, as Unidades de referência, isto quando a unidade prestar atendimentos às pessoas moradoras fora da área de abrangência;
8. Transferir via malote, todo prontuário do paciente, que por ventura ocorrer mudança de endereço, para a unidade de saúde mais próxima do seu novo endereço; (POP 04);
9. Arquivar os prontuários em ordem numérica, de fácil acesso;
10. Manter atualizadas as informações referentes ao paciente.

Observação: A responsabilidade é do administrativo, mas não existe impedimento que outro integrante da equipe o faça.

Referência:

1. Secretaria da Saúde do Município de Assis



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 04	PÁGINA: 1/2
	TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIOS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável/Execução: Agente comunitário de saúde (ESF), Administrativo (UBS).			
Monitoramento: Coordenador da Unidade de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Quando: sempre que necessário.			
Definição: Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar / movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.			
Objetivo: Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">✓ Guia de remessa específica;✓ Envelope;✓ Prontuário do paciente;✓ Caderno de transferência de prontuário.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual.2. Verificar qual da área de abrangência de transferência.3. Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de folhas.4. Fazer guia de remessa 02 vias completas e destinar a unidade de referência via malote5. Fazer guia de remessa (em 02 vias) e encaminhar a SMSA, para realização da cópia do prontuário, envio da referida cópia via correio para outro município, bem como devolução do prontuário (original) á unidade de saúde pertencente.6. Anotar a transferência do prontuário em um caderno de controle.			
Entrada de Prontuário <ol style="list-style-type: none">1. Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a 2ª via da guia de remessa recebida, devolvendo-a para a origem.			
Recomenda-se que: <ol style="list-style-type: none">1. A transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do usuário (ESF), Administrativo (UBS) ou por outro profissional indicado pelo coordenador/enfermeiro da unidade de saúde;2. Nas transferências entre municípios, seja realizada cópia do prontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade;3. Após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade;4. O prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.			



Referências:

1. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 63 de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.638/2002 (Publicada no DOU de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). CONARQ. Conselho Nacional de Arquivos. Resolução CONARQ n° 22/2005. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 05	PÁGINA: 1/2
	ATENDIMENTO EM GRUPO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Equipe da Unidade de Saúde.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Profissionais de Nível Superior.			
Objetivo: Consiste no atendimento realizado em grupo com o objetivo de atividades educativas, sobre ações e prevenção à saúde, desenvolvidas na Unidade ou na comunidade, com duração média de 30 (trinta) minutos, realizado por profissionais da equipe, de formas diferentes: roda de conversa, palestras e outros e de temas variados: tabagismo, mulheres, gestantes, saúde mental, obesidade e outros.			
Definição: A proposta de priorização do atendimento grupal no contexto da atenção básica ancora-se no pressuposto do resgate da “noção de grupo como rede efetiva de suporte, em seu sentido mais amplo”. Trata-se de uma oportunidade de implementar as redes comunitárias como rede significativa de promoção de saúde, nas quais as pessoas são protagonistas do cuidado de si mesmas e do outro. Isso vai de encontro à crença produtivista, presente entre profissionais e gestores do contexto básico, que aponta para a estratégia grupal como possibilidade de atender os usuários.			
FASES DO ATENDIMENTO EM GRUPOS			
APRESENTAÇÃO:			
É o primeiro contato do facilitador com o grupo e vice versa. É a fase da criação de vínculos e de tomar conhecimento do funcionamento do grupo:			
<ul style="list-style-type: none">✓ Esclarecer a metodologia a ser utilizada, levantando as expectativas dos participantes, com dinâmicas de apresentação e de descontração;✓ Estabelecer PACTO de convivência com o grupo;✓ Destacar os objetivos e regras específicas, colocando o contexto, espaço e a duração, envolvendo todo o grupo na aceitação e no compromisso, assim como deve ser realizado pacto de sigilo;✓ Entende o perfil do grupo, suas necessidades, adequando o planejamento ao desenvolvimento do mesmo e ao objetivo da atividade, para que tenha condições de lidar com as variáveis que poderão surgir durante as atividades.			
DESENVOLVIMENTO:			
<ul style="list-style-type: none">✓ Seguir orientações de atendimento do público alvo;✓ Importante o aumento do grau de confiança dos integrantes, uns nos outros e de fortalecimento individual, para melhor resultado terapêutico.			



ENCERRAMENTO:

- ✓ é o momento final a atividade do grupo, onde são realizadas dinâmicas de fechamento e, frequentemente, uma avaliação;
- ✓ Neste momento o facilitador deve ficar atento para que todos os participantes possam comentar o que sentiram, pensaram e perceberam durante o trabalho, bem como, pactuar com o grupo o próximo encontro com o objetivo de aumentar vínculo e continuidade.

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ Estimular a participação dos integrantes do grupo elencando suas necessidades reais, de conhecimento/experiências, de interação com o grupo;
- ✓ Deve-se registrar a atividade no sistema de informação, na ficha de atividade coletiva ESUS.

Referências:

1. <http://saudenopais.com/procedimento.xhtml?cod=0101010010>
2. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 06	PÁGINA: 1/3
	VISITA DOMICILIAR	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Enfermeiro, Médico, Dentista, Psicólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, integrantes do NASF e outros profissionais quando solicitados.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Coordenador da Unidade de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Objetivos: <ol style="list-style-type: none">1. Conhecer o domicílio e identificando suas características ambientais, socioeconômicas e culturais;2. Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa;3. Identificar fatores de risco individuais e familiares;4. Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados;5. Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não;6. Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida;7. Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença;8. Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares;9. Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares;10. Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado;11. Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.			
Definição: A visita domiciliar é uma “forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e a família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando à maior equidade da assistência em saúde” (Ceccim e Machado, s/d, p.1). <p>Na VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais.</p> <p>As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim, deve-se considerar como critérios gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.).➤ Situação ou problema crônico agravado.			



- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- ✓ Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar;
- ✓ Das ausências no atendimento programado;
- ✓ Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória;
- ✓ 9. Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Referências:

1. ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Inteface, BA, 2005. BRASIL. 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
6. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 07	PÁGINA: 1/1
	ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais e o coordenador da equipe.			
Objetivo: Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.			
Procedimento: <ul style="list-style-type: none">➤ Higiene pessoal;➤ Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal;➤ Cuidados com os cabelos:<ul style="list-style-type: none">- Os cabelos devem estar limpos e presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos.➤ Cuidado com as unhas:<ul style="list-style-type: none">- As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujeira fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos.➤ Cuidados com o uniforme:<ul style="list-style-type: none">- Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional.➤ Cuidados com os sapatos:<ul style="list-style-type: none">- Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010. NR32.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 08	PÁGINA: 1/1
	PRECAUÇÃO PADRÃO E USO DE EPI	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: A precaução padrão são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes, na manipulação de sangue, secreções e excreções, e contato com mucosas e pele não íntegra. Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.), com a finalidade de reduzir a exposição do profissional a sangue ou fluidos corpóreos, e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes, contaminados por material orgânico.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e acidentes de trabalho.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPIs;2. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias, tanto para o profissional, quanto para o paciente e em qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue e outras matérias orgânicas;3. Máscaras devem utilizadas quando houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis;4. Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular;5. Touca deve ser utilizada quando se realiza um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais;6. Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água;7. Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de micro-organismos patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente;8. Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento;9. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 20102. PORTARIA N.º37, DE 06 DE DEZEMBRO DE 20023. MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 20054. www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/precaucoes-universais/30507			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 09	PÁGINA: 1/3
	UTILIZAÇÃO DE LUVA DE LÁTEX	REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.

Quando: Diante de algum procedimento que pode ter risco de contaminação direta ou Indiretamente.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: a luva de látex oferece barreira de proteção, principalmente devido à sua capacidade de auto oclusão de pequenos orifícios.

Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.

Orientações gerais:

1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes;
2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro usuário;
3. Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada;
4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
5. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos;
6. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.



Remoção de luva de látex:

1. Pegue um par de luvas próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;



4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;
5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
6. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso.
7. Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente;
8. Descarte o par de luvas no lixo de classificação contaminado/infectante.

Luvas de protecção descartáveis como calçar e remover

Calçar luvas:



- Remova jóias e outros artefactos das mãos e pulsos



- Cuidadosamente, calce a luva ajustando-a até ao pulso

Referências:

1. www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm.
2. www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html
3. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 10	PÁGINA: 1/3
	UTILIZAÇÃO DE LUVA ESTÉRIL	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Profissionais Médicos, Dentistas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.			
Quando: Procedimento que exija meio estéril.			
Monitoramento: Enfermeiro.			
Definição: As luvas estéreis funcionam como barreira, atuando no controle da disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar utilizada em procedimentos invasivos ou manipulação de material estéril.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas diante de um ambiente estéril.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Higienizar as mãos;2. Selecionar o par de luvas de tamanho compatível com as suas mãos;3. Verificar as condições do invólucro;4. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa;5. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você;6. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;7. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;8. Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;9. Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;10. Inserir a mão não dominante na luva;11. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.			



Procedimento de remoção:

1. Com a mão dominante, segurar a outra luva perto da extremidade do punho e retirá-la, invertendo-a, com a área contaminada no lado interno. Continuar segurando a luva;
2. Deslizar os dedos da mão sem luva para dentro da luva restante. Segurar a luva pela parte interna e retirá-la, virando a parte interna para fora, sobre a mão e a outra luva;
3. Desprezar as luvas em local apropriado;
4. Higienizar as mãos.

Remover luvas:



Referências:

1. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília. 2011.
2. PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/cotidiano/luvas-estereis-e-de-procedimentos/>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 11	PÁGINA: 1/2
	UTILIZAÇÃO DE LUVA DE NITRILA	REVISÃO: 07/06/2022	

Responsável: Todos os profissionais alérgicos ao látex*.

Quando: Em todo procedimento que necessite o uso de luva.

Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.

Definição: Luva de Nitrila é um tipo de luva descartável feito de borracha sintética, que não contém proteínas do látex. Esses produtos de segurança são muitas vezes considerados seguros para as pessoas alérgicas ao látex.

*** Todos os profissionais alérgicos ao látex que necessitem do uso da luva de nitrila com avaliação e indicação médica.**

Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.

Orientações gerais:

- Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos.

Remoção de luva de Nitrila:

1. Pegue um par de luva próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;
4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;
5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
6. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fizer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virado ao avesso;

Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente

7. Descarte o par de luvas no lixo de classificação contaminado/infectante.



❖ **Lembre-se:**

A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos.

Referências:

1. [Www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm) (http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.htm)
2. [Www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html) (http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/luvas.html)
3. ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 12	PÁGINA: 1/8
	LIMPEZA DA UNIDADE	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Diariamente.			
Execução: Auxiliar de Serviço Geral, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde Bucal.			
Definição: Retirada de sujidades.			
Objetivo: Manter o ambiente propício às condições de trabalho e evitar o fluxo de Microorganismo.			
Materiais: Vide NR 14 (Limpeza Concorrente), NR 15 (Limpeza Terminal), NR 21 (Limpeza e ou desinfecção de superfície).			
ÁREAS NÃO CRÍTICAS	Todas as demais áreas das unidades de assistência à saúde não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas não críticas, tais como: áreas destinadas a refeitórios/cozinha, sala de reunião e regulação de exames e administrativo, entre outras.		
REGULAÇÃO DE EXAMES/ ADMINISTRATIVO	ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA <ul style="list-style-type: none">❖ Diária<ul style="list-style-type: none">➤ Manter os cestos isentos de resíduos;➤ Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel).❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">➤ Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;➤ Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;➤ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;➤ Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);➤ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;➤ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.❖ Mensal<ul style="list-style-type: none">➤ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;		



	<ul style="list-style-type: none">➤ Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios adequados;➤ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. ❖ Trimestral➤ Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;➤ Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;➤ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.
REFEITÓRIO/ COZINHA	<p>ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Diária➤ Manter os cestos isentos de resíduos;➤ Remover o pó das mesas, prateleiras, peitoris, caixilhos das janelas, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida e limpeza concorrente). ❖ Semanal➤ Remover os móveis e armários para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;➤ Limpar divisórias, portas/visores, barras e batentes com produto adequado;➤ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;➤ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;➤ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal. ❖ Mensal➤ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;➤ Descongelar e limpar a geladeira➤ Remover o pó de persianas, com equipamentos e acessórios adequados;➤ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. ❖ Trimestral➤ Limpar todas as luminárias por fora;➤ Limpar persianas e ventiladores com produtos, equipamentos e acessórios adequados;➤ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.



ÁREAS EXTERNAS	<p>Consideram-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situadas externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Diária<ul style="list-style-type: none">➤ Manter os cestos isentos de resíduos;➤ Remover os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;➤ Varrer as áreas pavimentadas, removendo os resíduos acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado;➤ Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita da edificação, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária.❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.❖ Mensal<ul style="list-style-type: none">➤ Executar serviço de jardinagem (poda, adubação, etc) para manutenção dos canteiros, conforme Rotina de Secretaria do Meio Ambiente;➤ Executar demais serviços considerados necessários à frequência mensal.
VIDROS	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ vidros externos são aqueles localizados nas fachadas das edificações;✓ vidros externos com exposição à situação de risco são somente aqueles existentes em áreas consideradas de risco, necessitando, para a execução dos serviços de limpeza, a utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou ainda, andaimes;✓ os vidros externos se compõem de face externa e face interna; <p>Limpeza:</p> <ul style="list-style-type: none">• a frequência de limpeza deve ser definida, de forma a atender as especificidades e necessidades características da unidade, porém recomenda-se a lavagem externa mensalmente.
ÁREAS CRITICAS	<p>Definição: são as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas onde se realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido, como UTI, clínicas, salas de cirurgias, pronto socorro, central de materiais e esterilização, áreas de descontaminação e preparo de materiais, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Expurgo



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

	<ul style="list-style-type: none">➤ Esterilização➤ Consultórios➤ Curativo➤ Dentista➤ Vacina➤ Coleta de Citologia
EXPURGO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente POP 12, na presença de sangue, excreção, secreção e rompimento do saco de lixo, deverá retirar com papel descartável, na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio. Usar EPI adequado.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza Terminal da sala de expurgo piso, parede, teto, janelas e outros que se fizerem necessários;✓ Os resíduos devem ser segregados e acondicionados corretamente, a caixa para descarte de perfuro cortante, não deve ultrapassar 2/3 da capacidade;✓ Quando atingir a capacidade fechar e lacrar corretamente;✓ Os sacos plásticos devem ser fechados com barbante ou nó;✓ Os resíduos recolhidos devem ser encaminhados à sala de resíduos ou lixeira;✓ Recolher os resíduos observando a periodicidade e horários de acordo com a necessidade do serviço.
ESTERILIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente (NR 14);❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal (NR 15).
CONSULTÓRIOS	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente (POP 14);❖ Semanal<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal (NR 15).
CURATIVO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza terminal (NR 15), na presença de sangue, excreção e secreção, deverá retirar com papel descartável e na sequência realizar a limpeza com água e sabão líquido e realizar a desinfecção da área com hipoclorito de sódio. Usar EPI adequado. (NR 17)❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris,



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

	<p>caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
DENTISTA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente (NR 14). Usar EPI adequado; (NR 04)✓ O profissional Dentista solicitará se necessário a Limpeza Terminal.✓ A desinfecção foco, cuspeira, cadeira e demais equipamentos, é de responsabilidade do Auxiliar de Saúde Bucal após o atendimento de cada paciente.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
VACINA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente (NR 14) e se necessário o profissional da sala de vacina solicitará a Limpeza Terminal.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
COLETA DE CITOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a limpeza concorrente (vide POP 12) e se necessário o Enfermeiro solicitará a Limpeza Terminal.❖ Semanal:<ul style="list-style-type: none">✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.



SANITÁRIOS	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:✓ Realizar a limpeza de sanitários (NR 18)
INALAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">❖ Diário:✓ Realizar a limpeza concorrente (vide POP 12) e se necessário Limpeza Terminal. ❖ Semanal:✓ Durante a limpeza Terminal Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal.
ÁREAS SEMICRÍTICAS	Definição: são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, isto é, aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento, como recepção e sala de espera.
RECEPÇÃO	ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA <ul style="list-style-type: none">❖ Diária✓ Manter os cestos isentos de resíduos;✓ Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel). ❖ Semanal✓ Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;✓ Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal. ❖ Mensal✓ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;✓ Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios



	<p>adequados;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. <p>❖ Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;✓ Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.
SALA DE ESPERA	<p>ETAPAS E FREQUÊNCIAS DE LIMPEZA</p> <p>❖ Diária</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Manter os cestos isentos de resíduos;✓ Remover o pó das mesas, telefones, armários, arquivos, prateleiras, bem como dos móveis existentes, dos aparelhos elétricos, dos extintores de incêndio etc.;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência diária (varredura úmida, repor sabão e papel). <p>❖ Semanal</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Remover os móveis, armários e arquivos para a limpeza completa das partes externas, recolocando-os nas posições originais;✓ Limpar divisórias, portas/visores, peitoris, caixilhos das janelas, barras e batentes com produto adequado;✓ Limpar as forrações de couro ou plástico em assentos e poltronas, com produto adequado;✓ Limpar telefones com produto adequado (álcool a 70%);✓ Limpar todos os metais, tais como: torneiras, válvulas, registros, sifões e fechaduras;✓ Retirar o pó e resíduos dos quadros em geral com pano úmido;✓ Executar demais serviços considerados necessários à frequência semanal. <p>❖ Mensal</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar/remover manchas de tetos/forros, paredes/divisórias e rodapés;✓ Remover o pó de persianas e ventiladores, com equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência mensal. <p>❖ Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Limpar todas as luminárias por fora e ventiladores;✓ Limpar persianas com produtos, equipamentos e acessórios adequados;✓ Executar os demais serviços considerados necessários à frequência trimestral.

**Referência:**

1. http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_seguranca_do_paciente_limpeza_e_desinfeccao_de_superficies_da_anvisa.pdf



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 13	PÁGINA: 1/2
	TÉCNICA DE VARREDURA ÚMIDA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito: a varredura úmida é a limpeza com pano limpo umedecido com solução de detergente envolto em rodo.			
Objetivo: Visa remover detritos e sujidades do chão, devendo ser feita com pano limpo umedecido em água e sabão, a fim de evitar suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- 3 baldes- Rodo- 3 panos limpos- Água, detergente líquido e hipoclorito de sódio 1%- luvas- botas- Vassoura e pá de lixo se necessário			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Organizar os materiais necessários e colocar os EPI'S;2. Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário leve para deixar a área livre;3. Encher os baldes até a metade, um com água limpa, o outro com água e detergente e o outro com hipoclorito;4. Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso de água e colocar no rodo;5. Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas;6. Recolher a sujidade e jogar no lixo;7. Imergir outro pano no balde de água limpa, torcer e enrolar no rodo;8. Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta;9. Imergir outro pano no balde com hipoclorito, torcer e enrolar no rodo;10. Passar o pano com o hipoclorito no piso, sem retirá-lo do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas;11. Secar o piso usando o pano bem torcido;12. Limpar os rodapés;13. Recolocar o mobiliário no local original;			



14. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado;
15. Este procedimento deve ser realizado diariamente.

OBSERVAÇÃO:

- Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas podem albergar germes gram positivos, microbactérias e outros;
- Conclui-se dessa forma que se deve evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos estabelecimentos de saúde.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. MANUAL DOS SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS SAÚDE.
http://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/covisa/manual_servios_higienizacao_eas_final.pdf



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 14	PÁGINA: 1/2
	LIMPEZA CONCORRENTE	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Ao início ou término das atividades.			
Objetivo: Manter o ambiente propício às condições de trabalho e evitar o fluxo de microrganismos. 128			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito: Limpeza concorrente é o processo de limpeza diária de todas as áreas da Unidade de Saúde, objetivando a manutenção do asseio, o abastecimento e a reposição dos materiais de consumo diário (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha etc.), a coleta de resíduos de acordo com a sua classificação e a higienização molhada, proporcionando ambientes limpos e agradáveis.			
Material: Equipamentos de proteção individual (EPI) Materiais para limpeza.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Deve avaliar os horários de fluxo de cada setor;2. Iniciar pelo setor de menor risco de vinculação de microorganismo;3. Os corredores devem ser limpos uma metade e depois a outra;4. Não realizar varreduras a seco;5. Iniciar com as retiradas do lixo (NR 22)6. Organização do ambiente e reposição de materiais;7. Limpeza de superfícies,8. Limpeza dos pisos;9. Limpar bebedouros;10. Limpar instalações sanitárias.			
❖ Descrição da limpeza da superfície sem secreção (piso) “Varredura Úmida” <ul style="list-style-type: none">➤ Execução do serviço de limpeza - sob orientação técnica do Enfermeiro da Unidade:<ol style="list-style-type: none">1. Preparar o material de acordo com o procedimento (balde, água, sabão e etc);2. Calçar as Luvas de borracha3. Umedecer um pano limpo em solução de água e sabão e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo.4. Umedecer um pano limpo em água limpa e realizar a retirada do sabão respeitando as orientações acima.5. Realizar a secagem com um pano limpo e seco.6. Diluir o hipoclorito 1:1 e finalizar com varredura úmida.			



❖ Descrição da desinfecção da superfície com secreção (pisos):

- Execução do serviço de limpeza – sob orientação técnica do Enfermeiro da Unidade
- 1. Preparar o material para a desinfecção após a limpeza e de acordo com o procedimento;
- 2. Hipoclorito de sódio a 1%, papel toalha e pano limpo;
- 3. Calçar as luvas;
- 4. Para superfície com secreção realizar a retirada da mesma com papel toalha;
- 5. Colocar o hipoclorito de sódio 1% no local onde estava a secreção;
- 6. Aguardar 10 minutos e proceder à limpeza conforme descrito acima.

Referências Bibliográficas:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010
2. Univale – Universidade Vale do Rio Doce. Curso de Enfermagem. Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Limpeza. Governador Valadares 2011.
3. Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto - SP. Comissão de Controle de Infecção. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM SERVIÇOS DE SAÚDE. Edição 1ª, 2006.
4. <http://www.soenfermagem.net/tecnicas/limpeza.html>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 15	PÁGINA: 1/1
	LIMPEZA TERMINAL	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais/Higiene.			
Quando: Semanal ou conforme a necessidade local.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Objetivo: Manter o ambiente adequado para o trabalho e livre de microrganismos patógenos.			
Conceito: Limpeza terminal é uma limpeza mais completa. Deve ser programa devido o fluxo do ambiente. O procedimento inclui a limpeza de paredes, pisos, teto, equipamentos, macas, mesas de refeição, armários, bancadas, janelas, vidros, portas, peitoris e luminárias.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Comunicar e estabelecer aos profissionais sobre o horário de limpeza;2. Observar os POPs de limpeza de janelas, paredes, pisos;3. Reunir os materiais a serem utilizados;4. Organizar o ambiente, guardar papéis e objetos que não podem ser molhados;5. Retirar os lixos POP recolhimento e acondicionamento de resíduos 23;6. Levantar imobiliários.7. Realizar a limpeza conforme estabelecido nos POPs e NRs citados.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, agência nacional de vigilância sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Editora Anvisa, 1ª edição. Brasília20102. UNIVALE – Universidade Vale do Rio Roce. Curso de Enfermagem. Manual de procedimento operacional padrão do serviço de limpeza. Governador Valadares2011.3. Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto- SP. Comissão de Controle de Infecção. Limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde. Edição1ª, 2006.			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 16	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE TETOS E PAREDES	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: A cada 30 dias ou quando necessário.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: <u>Conceito de LIMPEZA:</u> É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos). <u>Conceito de DESINFECÇÃO:</u> É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Consiste em retirar a poeira e substâncias aderidas ao teto, paredes, luminárias e interruptores.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">- Escada;- 2 baldes;- Vassoura;- 3 panos de chão;- Esponja de aço fina;- Escova;- Espátula;- Água;- Detergente líquido;- Touca;- Botas;- Luvas de autoproteção.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material de limpeza;2. Colocar o EPI;3. Preparar o local para limpeza;4. Afastar os móveis e equipamentos das paredes5. Forrar os móveis e os equipamentos6. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;7. Imergir um pano no balde com água limpa, retirar o excesso de água, enrolar na vassoura ou rodo;8. Retirar o pó do teto e paredes, com o pano úmido fazendo movimentos em um único sentido;9. Enxaguar delimitando pequenas áreas;			



10. Imergir outro pano na solução detergente, torcer e enrolar o pano em uma vassoura;
11. Esfregar o pano no teto, sempre num mesmo sentido, iniciando de um dos cantos;
12. Imergir o pano limpo na água limpa, torcer e enrolar na vassoura;
13. Retirar toda solução detergente do teto;
14. Imergir o pano na solução detergente, torcer e enrolar na vassoura;
15. Esfregar o pano na parede, sempre no mesmo sentido;
16. Enrolar na vassoura o pano com água limpa e retirar toda solução detergente da parede;
17. Verificar se o teto e as paredes estão bem limpos, se necessário repetir a operação;
18. Retirar a forração dos móveis e equipamentos;
19. Recolocar o mobiliário e os equipamentos no local original;
20. Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado.

OBSERVAÇÕES:

1. Deve-se dividir o local para limpeza em pequenas áreas para que seja feito o enxágue antes de secar a solução detergente;
2. Paredes: iniciar na parte superior (próximo ao teto) até a metade da parede e deste ponto até a parte inferior (próximo ao piso).

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 17	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE JANELAS E PORTAS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de Serviços Gerais.			
Quando: A cada 30 dias - Limpeza Terminal NR 15.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: <u>Conceito de LIMPEZA:</u> É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, portas, janelas, teto, mobiliário e equipamentos). <u>Conceito de DESINFECÇÃO:</u> É o processo de destruição de microorganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Consiste em retirar a poeira e manchas das janelas e portas de madeira, vidro ou metal.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- Escada;- 2 baldes;- Água;- Detergente líquido;- Esponja de aço fina;- Panos de limpeza;- Panos de chão;- Touca;- Botas;- Luvas de autoproteção.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material necessário;2. Colocar o EPI;3. Preparar o ambiente para a operação; afastar os móveis e os equipamentos das janelas e portas;4. Forrar o piso com pano de chão, colocando-o debaixo da janela ou porta;5. Encher metade de dois baldes, um com água e outro com água e detergente líquido;6. Imergir o pano no balde com água limpa e torcer;7. Remover a poeira passando o pano de cima para baixo e da esquerda para a direita;8. Imergir o outro pano no balde com solução detergente; retirar o excesso e passar no vidro, moldura da janela ou porta, soleira da janela e maçanetas;9. Imergir o outro pano de limpeza no balde com água limpa;			



10. Passar o pano em toda a extensão da janela ou porta para remover a solução detergente;
11. Secar a janela ou porta, com pano de limpeza seco;
12. Retirar o pano de chão colocado debaixo da janela ou porta;
13. Recolocar o mobiliário e equipamento no local original;
14. Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 18	PÁGINA: 1/2
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BEBEDOURO	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: A limpeza e a desinfecção são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corroboram também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços, nesta etapa no bebedouro do estabelecimento da Unidade de Saúde.			
Objetivo: Visa remover poeira e substâncias aderidas no bebedouro, com o objetivo de evitar a contaminação da água.			
Material: <ul style="list-style-type: none">- 2 baldes;- 3 panos de limpeza;- Escova;- Água;- detergente líquido;- EPI;- álcool a 70%.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Separar o material necessário;2. Colocar o EPI;3. Desligar o bebedouro da tomada;4. Encher metade dos dois baldes, um com água e outro com água e detergente;5. Imergir o pano de limpeza no balde com solução detergente e torcer;6. Passar o pano no bebedouro, fazendo movimentos retos, sempre de cima para baixo;7. Molhar a escova no balde com solução detergente;8. Utilizar a escova para lavar ao redor do dispositivo de saída da água e o acionador de água;9. Passar o outro pano com água limpa no bebedouro e remover toda a solução detergente;10. Friccionar álcool a 70% ao redor do dispositivo de saída de água, acionador de água e local de escoamento de água. Repetir o procedimento 3 vezes;11. Ligar o bebedouro na tomada;12. Limpar o material de trabalho e guardar em local adequado.			



Referências Bibliográficas

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. HIGIENE HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA LIMPEZA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES. <http://www.ccih.med.br/higiene-hospitalar-a-importancia-da-limpeza-na-prevencao-de-infeccoes/>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 19	PÁGINA: 1/3
	TÉCNICA DE LIMPEZA DE SANITÁRIOS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: A limpeza e a desinfecção são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corroboram também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços, nesta etapa nos sanitários/banheiros do estabelecimento da Unidade de Saúde.			
Objetivo: Consiste em remover a sujeira, substâncias aderidas, detritos do teto, paredes, lavatórios, mictórios, instalações sanitárias e piso dos banheiros. Promove o controle de microrganismos, evitando transmissão de doenças, controla odores, mantém uma boa aparência.			
Material: <ul style="list-style-type: none">➤ Limpeza das Pias<ul style="list-style-type: none">- panos de limpeza- detergente líquido- saponáceo- esponja sintética- luvas de autoproteção- avental- botas- touca➤ Limpeza dos Sanitários:<ul style="list-style-type: none">- panos de limpeza- vassoura para vaso sanitário- escova sintética- 2 baldes- água – detergente líquido- sapólio- hipoclorito de sódio a1%- botas- luvas de autoproteção- avental- touca			



➤ **Procedimento para limpeza geral:**

1. Separar o material necessário;
2. Colocar o EPI;
3. Recolher o lixo (conforme rotina);
4. Limpar tetos e paredes;
5. Limpar janelas e portas;
6. Limpar pias:
7. Umedecer a esponja de aço e espalhar o sapólio sobre ela;
8. Esfregar a esponja sintética com sapólio na parte interna da pia;
9. Passar a esponja com detergente líquido na torneira;
10. Esfregar a parte externa da pia, as torneiras e encanamentos sob a pia com pano umedecido em água e detergente líquido;
11. Enxaguar a parte interna e externa da pia com água limpa;
12. Secar a pia com um pano seco, polindo a torneira;
13. Limpar o material de trabalho e guardá-lo em local apropriado.

➤ **Procedimento para limpar instalações sanitárias:**

1. Separar o material necessário;
2. Colocar o EPI;
3. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;
4. Dar descarga no vaso sanitário;
5. Lavar a alavanca ou botão de descarga com pano umedecido em água e detergente;
6. Esfregar a tampa do vaso por cima e por baixo, com a escova sintética, usando solução detergente;
7. Espalhar sapólio no pano embebido em solução detergente;
8. Esfregar o assento do vaso, por dentro e por fora com pano;
9. Esfregar a parte externa do vaso com pano embebido em solução detergente e sapólio;
10. Enxaguar a tampa, o assento, a borda e a parte externa do vaso com água limpa;
11. Jogar solução detergente e sapólio dentro do vaso, esfregando-o com vassoura de vaso, iniciando pela borda interna do vaso e terminando na saída de água;
12. Dar descarga no vaso sanitário continuando a esfregar a parte interna com vassoura de vaso, até a água ficar limpa;
13. Retirar o detergente com pano umedecido em água limpa;
14. Secar a tampa e o assento do vaso sanitário com pano limpo;
15. Secar a parte externa do vaso e a alavanca ou botão de descarga com pano limpo;
16. Limpar o material de trabalho e guardá-lo no local apropriado;
17. Lavar o piso (conforme rotina).



Referências:

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.
2. HIGIENE HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA LIMPEZA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES. <http://www.ccih.med.br/higiene-hospitalar-a-importancia-da-limpeza-na-prevencao-de-infeccoes/>



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 20	PÁGINA: 1/2
	DESINFECÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Sempre que necessário.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: Conceito de DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Garantir a retirada de sujidades			
Material: <ul style="list-style-type: none">- EPI;- Hipoclorito de sódio a 1%;- Papel toalha;- balde com água e sabão;- balde com água;- pano de chão ou de superfície.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Utilizar luvas de autoproteção;2. Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;3. Desprezar o papel em saco de lixo para resíduo infectante;4. Limpar com água e sabão;5. Aplicar o Hipoclorito de sódio a 1% (na medida de 1:1) e deixar agir por 10 minutos;6. Remover o desinfetante com pano molhado;7. Proceder a limpeza com água e sabão.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 21	PÁGINA: 1/2
	TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de Enfermagem e Ajudante de Serviços.			
Quando: Diariamente e conforme a necessidade.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito de LIMPEZA: É a remoção de toda sujidade de qualquer superfície ou ambiente (piso, paredes, portas, janelas, teto, mobiliário e equipamentos).			
Conceito de DESINFECÇÃO: É o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em artigos ou superfícies, mediante a aplicação de solução germicida em uma superfície previamente limpa.			
Objetivo: Realizar a limpeza e a higienização de superfícies eliminando todo foco patógeno.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;2. Evitar o uso de bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho;3. Utilizar o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco;4. Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado;5. Colocar os equipamentos de proteção individual;6. Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza;7. Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco;8. Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso;9. Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima;10. Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída;11. Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.2. Procedimento Operacional Padrão de Hospitais Universitários EBSEH. http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+higieniza%C3%A7%C3%A3o+hospitalar+PADR%C3%83O+EBSEH.pdf/a1efc390-aab4-4e7d-96ae-97b44872c09f			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 22	PÁGINA: 1/6
	LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO	REVISÃO: 07/06/2022	

Monitoramento: Enfermeiro.

Quando: Diariamente.

Execução: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Definição: Remoção de microrganismos.

Objetivo: Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização.

Procedimento

TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL

Passos:

1. Separar o material: - EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção) - Bacia, balde ou cuba de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material - Escova de cerdas duras e finas - Compressas ou panos limpos e macios - Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático;
2. Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;
3. Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
4. Separar as pinças de pontas traumáticas (Pozzi, Backhaus) e lavar separadamente, evitando acidentes;
5. Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
6. Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
7. Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
8. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
9. Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
10. Na área limpa (setor de esterilização): utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo; colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3 cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas; Identificar na borda livre com sigla da unidade, nome do produto, data de esterilização, prazo de validade (30 dias) e nome legível do funcionário que preparou a embalagem;
11. Observação: a data da esterilização e validade (será preenchido quando for esterilizado).



Figura – técnico papel grau cirúrgico



TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO):

Passos:

1. Separar o material necessário:
 - EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos e luvas de autoproteção);
 - Solução de água e detergente;
 - Hipoclorito de sódio a 1%;
 - Recipiente com tampa;
 - Balde ou bacia plástica com tampa (opacos);
 - Compressas ou panos limpos e secos;
 - Seringa de 20ml.
2. Colocar o EPI;
3. Desconectar as peças, lavando cada uma cuidadosamente com água e detergente;
4. Injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20 ml;
5. Enxaguar o tubo com água corrente, usando o mesmo processo anterior para parte interna;
6. Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;
7. Enxaguar as demais peças rigorosamente interna e externamente;
8. Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;
9. Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos; no recipiente opaco e com tampa. Injetar a solução na luz do tubo com ajuda de uma seringa de 20ml;
10. Retirar as peças da solução com luvas de procedimento e/ou pinça longa;
11. Enxaguar as peças rigorosamente em água corrente;
12. Colocar para escorrer ou secar com pano limpo e seco ou com ar comprimido;
13. Guardar as peças montadas em recipiente tampado;
14. Desprezar a solução de hipoclorito, enxaguar e secar o recipiente;
15. Manter área limpa e organizada



TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS:

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, touca, máscara, óculos e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia com tampa;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar as almotolias, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
6. Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
7. Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Guardar em recipiente com tampa ou reabastecer para uso.

Observações:

- ✓ A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso semanal;
- ✓ Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia;
- ✓ Realizar o registro com a data do abastecimento, desinfecção e validade.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS UMIDIFICADORES DE OXIGÊNIO

Passos:

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção);
 - 01 esponja macia de limpeza;
 - 01 escova de mamadeira;
 - Solução de água e detergente;
 - Panos limpos e secos;
 - Balde ou bacia;
 - Hipoclorito de sódio a 1%.
2. Esvaziar os umidificadores, desprezando a solução na pia;
3. Lavar externamente, incluindo a tampa e tubo metálico, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
4. Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
5. Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;



6. Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
7. Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos (somente o recipiente plástico);
8. Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco;
9. Friccionar álcool a 70% por 3 vezes na parte metálica que acompanha o umidificador;
10. Guardar em recipiente limpo com tampa.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE CABOS E LÂMINAS DE LARINGOSCÓPIO

1. Separar o material:
 - EPI (avental impermeável, óculos, touca, máscara e luvas de autoproteção);
 - Cabos e lâminas de laringoscópio;
 - Recipiente plástico;
 - Solução de água e detergente neutro ou enzimático;
 - Panos limpos e secos;
 - Álcool a 70%;
 - Esponja ou escova macia.
2. Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de água e detergente, lavando com a esponja (não deixar de molho);
3. Enxaguar abundantemente em água corrente;
4. Secar a lâmina com pano limpo;
5. Friccionar álcool a 70% na lâmina conforme rotina;
6. Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente;
7. Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
8. Friccionar álcool a 70% no cabo conforme rotina;
9. Montar o laringoscópio testando o seu funcionamento;
10. Guardar o laringoscópio desmontado, sem pilhas, protegido em saco plástico ou recipiente com tampa.

TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBÚ

Passos:

1. Separar o material
 - EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de auto proteção);
 - Recipiente plástico
 - 01 esponja macia;
 - Solução de água e detergente neutro e detergente enzimático;
 - Panos limpos e secos;
2. Desmontar o ambú (retirar a máscara e conexões);
3. Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa;
4. Lavar a máscara e conexões com água e sabão;
5. Enxaguar em água corrente e secar;



6. Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
7. Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar em água corrente;
8. Secar e guardar em recipiente tampado;

Observação:

A desinfecção com hipoclorito é necessária somente em presença de matéria orgânica.

Referência:

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
2. http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf <acesso em 12 de novembro de 2018>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 23	PÁGINA: 1/6
	ESTERILIZAÇÃO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: sempre que necessário.			
Execução: Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Auxiliares Saúde Bucal.			
Definição: Processo de destruição de todas as formas de vida microbianas que possam contaminar materiais e objetos, como vírus, bactérias, fungos e outros, por meio da utilização de agentes químicos ou físicos.			
Objetivo: Disponibilizar artigos esterilizados e prontos para uso no serviço e oferecer segurança aos usuários. Manter o processo de esterilização			
Procedimento			
UTILIZAÇÃO DA AUTOCLAVE			
<ol style="list-style-type: none">1. Durante o processo de esterilização observar as orientações do fabricante quanto ao manuseio da autoclave;2. fazer a verificação da eficácia da esterilização por meio de teste biológico de acordo com as orientações preconizadas pela instituição;3. carregar a autoclave,4. não ultrapassando 70% da capacidade da câmara; não encostar os pacotes nas paredes;5. colocar os pacotes maiores embaixo e os menores em cima;6. deixar as caixas metálicas não perfuradas semiabertas;7. artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo;8. deixar um espaço mínimo de 2 cm entre um pacote e outro;9. colocar sempre a parte plástica dos pacotes voltados para cima;10. dispor os pacotes embalados em papel grau cirúrgico colocando sempre o papel voltado para baixo;11. atentar para que a parte de papel dos pacotes esteja voltada com o papel de outro pacote e o plástico com o plástico;12. entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização;13. aguardar 20 minutos para retirar o material;			
Observação:			
Caso os pacotes estejam umedecidos, substituir a embalagem e submeter a novo processo de esterilização; após o esfriamento dos pacotes; guarda-los em local apropriado; ao final da esterilização os pacotes devem estar secos. Se os mesmos estão ficando umedecidos, deve-se verificar a ocorrência de falha técnica (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos, volume de água utilizada no ciclo, entre outros); Se a técnica estiver correta, fazer contato com a SMS para solicitar a manutenção da autoclave e manter a área limpa e organizada.			
LIMPEZA DA AUTOCLAVE			
<ol style="list-style-type: none">1. Separar os materiais: compressas, água, detergente e escova ou esponja;			



2. A autoclave deve estar fria e desligada;
3. Usar luvas de látex e avental de plástico;
4. Limpar a autoclave diariamente, antes do aquecimento, utilizando compressas embebidas em água;
5. Semanalmente, no período da manhã ou conforme rotina interna da Unidade, as autoclaves deverão ser limpas com água e detergente neutro, passar as compressas embebidas em água limpa, até onde o braço alcançar, passando-as por todas as paredes da frente, laterais e portas,
6. Abrir a porta das autoclaves e retirar as bandejas das mesmas;
7. Embeber uma compressa em água e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água várias vezes, até que toda a autoclave tenha sido limpa, lembrando que se a autoclave estiver quente, a água se evaporará;
8. Enxaguar bem a autoclave e secar com compressas e ligar novamente;
9. Na parte externa passar diariamente um pano embebido em álcool 70%.

Referência:

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
2. http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf <acesso em 12 de novembro de 2018>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 24	PÁGINA: 1/2
	INDICADOR BIOLÓGICO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro.			
Quando: Semanal ou quando necessário.			
Execução: Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem e Auxiliares Saúde Bucal.			
Definição: comprovar a eficácia do processo de esterilização.			
Objetivo: indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.			
Procedimento <ol style="list-style-type: none">1. Separar o material necessário:<ul style="list-style-type: none">- 1 Par de luvas de procedimento;- 1 incubador biológico;- 1 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote da unidade com a maior densidade;- 2 ampolas de indicador biológico;- Impresso de controle de resultados;- Bandeja montada com pacotes a serem esterilizados;2. Fita teste para autoclave;3. Passo a passo:4. Calçar as luvas de procedimentos;5. Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data;6. Colocar a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos;7. Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o;8. Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço; Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da bandeja, entre os demais pacotes;9. Realizar o ciclo de esterilização;10. Retirar o pacote após o esfriamento;11. Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;12. Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle;13. Proceder a 1ª leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante;14. Fazer as leituras seguintes no intervalo máximo de 4 em 4 horas até completar 24 horas de incubação;15. Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final;16. Preencher o impresso de controle dos resultados;17. Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote;18. Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;			



19. Manter a área limpa e organizada.

Referência:

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS/SP	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 25	PÁGINA: 1/3
	CUIDADOS NO ARMAZENAMENTO E UTILIZAÇÃO DOS MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Conceito: são cuidados e atenção pelos profissionais frente aos materiais de produtos de limpeza.			
Objetivo: Garantir a limpeza, assepsia e organização dos materiais e produtos a serem utilizados no processo de limpeza da unidade.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Pano de chão: Utilizado para varrer, lavar e secar pisos.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos;- Enxaguar;- Colocar para secar.2. Pano para limpeza: usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos- Enxaguar;- Colocar para secar.3. Vassoura de vaso sanitário: Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.<ul style="list-style-type: none">- Limpeza e conservação:- Lavar com água e sabão;- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;- Lavar novamente;- Colocar para secar pendurada pelo cabo.4. Esponjas:<ul style="list-style-type: none">- Esponjas de aço: Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável.- Esponja sintética: Usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.5. Escadas: Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados. Limpeza e conservação:<ul style="list-style-type: none">- Lavar com água e sabão;- Secar com pano limpo.			



6. Baldes: Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Colocar emborcados para secar.
7. Pás de lixo: São de metal ou plástico com cabo longo de plásticos ou madeira, usados para recolher pequenas porções de lixo e pó.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Esfregar com esponja de aço;
 - Guardar pendurada pelo cabo.
8. Rodo: Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário;
 - Colocar para secar pendurado pelo cabo;
9. Escova manual de fios sintéticos: Usada para lavar superfícies com reentrâncias.
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário;
 - Enxaguar.
10. Luvas de autoproteção: Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico)
 - Limpeza e conservação:
 - Lavar com água e sabão;
 - Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
 - Enxaguar;
 - Secar;
 - Guardar em local próprio.

Referências Bibliográficas

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e desinfecção de superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição. Brasília 2010.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 26	PÁGINA: 1/3
	ACONDICIONAMENTO DE RESÍDUOS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Todos os profissionais da equipe de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Objetivo: Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções.			
Definição: Acondicionar resíduos caracteriza-se pela etapa que se inicia imediatamente após a geração dos resíduos sólidos para prepara-los de forma adequada para a coleta.			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;2. Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, devidamente identificado de acordo com NBR-7500 da ABNT, devem ser reforçados, impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho;3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo branco identificado “infectante” de acordo com NBR-7500 da ABNT;4. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa e pedal;5. Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;6. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos.			
Observação: <ul style="list-style-type: none">✓ Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.✓ No momento ainda não houve implantação no município dos agentes de atendimento, mas os usuários recebem orientação da unidade básica para entregar no ponto de coleta os resíduos gerados em seus domicílios.✓ Não faça o descarte somente pelo instrumento, mas também faça o descarte de acordo com o risco agregado;✓ Não manipule o lixo, somente feche o saco.			



Referências:

1. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.
2. ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.
3. Lima, Sérgio N. M. Caderno científico: esquema geral de esterilização. Central de recirculação de material. Ribeirão Preto, DABI ATLANTE, 2001.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.º 64, de 20 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Portal Educação.
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/biologia/acondicionamento-preparando-os-residuos-de-forma-adequada/28961>



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 27	PÁGINA: 1/3
	RECOLHIMENTO, COLETA E TRANSPORTE DE RESÍDUOS	REVISÃO: 07/06/2022	
Responsável: Auxiliar de serviços gerais.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Coordenador de Saúde e/ou Enfermeiro.			
Definição: Recolher os resíduos é uma medida que consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado para o armazenamento temporário (expurgo) ou armazenamento externo (abrigo externo), com a finalidade de disponibilização para a coleta.			
Objetivo: Consiste em recolher todos os resíduos da unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível. É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção. Deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.			
Material: <ul style="list-style-type: none">✓ Sacos de lixo de material plástico preto e branco;✓ EPI;			
Procedimento: <ol style="list-style-type: none">1. Reunir o material para recolher o lixo;2. Colocar o EPI;3. Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas;4. Colocar um saco de lixo novo na lixeira de acordo com a cor, fixando-o firmemente nas bordas;5. Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa.			
Observações: <ul style="list-style-type: none">- As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário;- Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos;- Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado (este carrinho deverá ser higienizado após sua utilização);- Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores e elevadores.			
TIPOS DE RESÍDUOS			
INFECTANTE (CONTAMINADOS)	Provenientes de locais de isolamento, materiais biológico, sangue humano e hemoderivados, resíduos cirúrgicos e anatomopatológicos resíduos perfuro-cortantes, além daqueles inorgânicos que tenham entrado em contato com o paciente e apresentem riscos de estar contaminados.		



GERAIS OU COMUNS	Os que se caracterizam por ser de origem administrativa (papéis, papelão, restos de madeira), alimentares, provenientes de áreas abertas ao público e da limpeza geral do prédio.
PERFURO-CORTANTE	Consideram-se os itens potencialmente contaminados, usados no atendimento médico, que possam causar feridas (picada, corte, rasgos na pele ou mucosas), incluindo agulhas hipodérmicas, cirúrgicas, de sutura, navalhas, bisturis e outras lâminas ou objetos cortantes.
TIPOS DE ACONDICIONAMENTO	
RESÍDUO COMUM	Em saco plástico para lixo domiciliar, segundo ABNT, de cor preta.
RESÍDUO INFECTANTE (SÉPTICO)	Saco plástico branco leitoso e impermeável, com capacidade volumétrica somente até 2/3 da capacidade e fechamento total.
MATERIAL PERFURO-CORTANTE (SÉPTICO)	Recipientes resistentes com tampa, e identificação como sendo lixo séptico. Não encher mais que 2/3 da capacidade do recipiente.
OBSERVAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">➤ O lixo comum é recolhido pelo carro da coleta pública conforme rotina de cada Unidade.➤ O lixo contaminado é recolhido em carro de empresa terceirizada, somente para lixo séptico, conforme rotina estabelecida com a empresa terceirizada.➤ CUIDADOS COM LIXO PERFURO-CORTANTES: desprezar em recipiente próprio, com paredes rígidas, não ultrapassar a indicação do fabricante, lidar cuidadosamente fechar, embalar no saco branco e identificar, para que o auxiliar de serviços gerais possa transportar com segurança e armazenar em local adequado até que seja recolhido pela coleta especial e dado destino adequado (incinerador). Deverão ser utilizados luvas de borracha. O funcionário deverá estar de sapatos fechados.	
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004.2. ANVISA, Agência de Vigilância Sanitária. Manual de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. Editora ANVISA, 2006.3. Resíduos de Serviço de Saúde RSS. https://www.infoescola.com/ecologia/residuos-de-servicos-de-saude	



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 28	PÁGINA: 1/1
	MANUTENÇÃO E LIMPEZA DO AR CONDICIONADO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Coordenador.			
Quando: a cada validade do ciclo.			
Execução: Manutenção.			
Definição: processo pelo qual se suspende ou dissolve a sujidade visando eliminar todos os materiais indesejáveis (resíduos alimentares, microrganismos, incrustações, gorduras, etc.) que se encontram nos equipamentos, utensílios, deixando-os limpos e sem vestígios dos agentes de limpeza.			
Objetivo: remover sujidades do filtro do ar condicionado.			
Procedimento Conforme a validade deve ser solicitado este serviço ao Responsável na Secretaria Municipal de Saúde.			
Referência: 1. Protocolo SMS Assis SP			



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 29	PÁGINA: 1/1
	DEDETIZAÇÃO E DESRATIZAÇÃO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Coordenador.			
Quando: a cada validade do ciclo.			
Execução: Dedetizadora.			
Definição: praticar o ato de dedetizar, ou seja, aplicar um inseticida com o objetivo de eliminar uma determinada praga.			
Objetivo: manter a unidade de saúde livre de insetos e pragas.			
Procedimento Conforme a validade deve ser solicitado este serviço ao Responsável na Secretaria Municipal de Saúde.			
Referência: 1. Protocolo SMS Assis SP			



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ASSIS (SP)	NORMAS E ROTINAS	CÓDIGO: NR 30	PÁGINA: 1/1
	SOLICITAÇÃO MENSAL DE MATERIAL E MEDICAÇÃO	REVISÃO: 07/06/2022	
Monitoramento: Enfermeiro/Coordenador.			
Quando: Sempre que necessário.			
Execução: Enfermeiro.			
Definição: Provisão e solicitação mensal de insumos, medicações material de escritório, limpeza, impressos.			
Objetivo: manter a provisão mensal para garantir a qualidade da assistência aos usuários e a segurança dos profissionais de saúde da equipe.			
Materiais: <ul style="list-style-type: none">➤ Impresso padrão➤ Caneta➤ Computador➤ Impressora➤ Internet			
Procedimento <p>O preenchimento e envio dos insumos e materiais diversos devem ser realizado entre os dias 20 a 30 de cada mês em impresso padrão, enviado ao almoxarifado da SMS Assis/SP;</p> <p>O pedido de medicação deve ser enviado para a Central de Abastecimento Farmacêutico por E-mail: caf@saude.assis.sp.gov.br;</p>			
Observação: <ul style="list-style-type: none">✓ a contagem do estoque deve ser realizada pelo profissional que utiliza o material e repassada ao Enfermeiro/Coordenador.			
Referências: <ol style="list-style-type: none">1. http://saude.assis.sp.gov.br/index.php/arquivos.			